



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Estudio de la estructura y función familiar de pacientes
con tuberculosis en el primer nivel de atención de salud :
distrito de Lurigancho-Lima-Perú enero a junio 2012**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

AUTOR

María Luisa Jáuregui Maldonado

LIMA – PERÚ
2014

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN.....	04
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	05
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	05
1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	07
1.3.- MARCO TEÓRICO.....	23
1.4.- HIPÓTESIS.....	34
1.5.- OBJETIVOS.....	34
1.5.1.- OBJETIVO GENERAL.....	34
1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS.....	36
2.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	36
2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	36
2.3.- UNIVERSO.....	36
2.4.- MUESTRA.....	36
2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	36
2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	37
2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	37
2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE.....	37
2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE.....	37
2.7.3.- VARIABLES INTERVINIENTES.....	37
2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40

2.8.1.- TÉCNICA.....	40
2.8.2.- INSTRUMENTO.....	41
2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	41
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	42
3.1.- RESULTADOS.....	42
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	55
4.1.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	55
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
5.1.- CONCLUSIONES.....	61
5.2.- RECOMENDACIONES.....	62
CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA.....	65
6.1.- BIBLIOGRAFÍA.....	65
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	68
7.1.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	68

RESUMEN

Autor: María Luisa Jáuregui Maldonado

Asesor: Dr. Raúl Luna Meneses

OBJETIVOS: Determinar la Estructura y Función Familiar de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Primer nivel de atención.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de 48 pacientes con diagnóstico de tuberculosis, que se encuentren en el Programa de control de Tuberculosis de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, de la Microred Chosica 1 de la DISA IV Lima Este, entre los meses de Enero a Marzo del 2012.

RESULTADOS: 34 varones (70.8 %), y 14 mujeres (29.2 %); siendo el promedio de la edad de 24.8+/-18.4 años. El 66.7% fueron pacientes solteros. El 50.7% tenían grado de instrucción secundaria. El 75% de pacientes nacieron en Lima. El 41.7% eran estudiantes. El 25% vivían en condiciones de hacinamiento. El 50% de los pacientes provenían de familias medianas. El tipo de familia de mayor frecuencia fue la extensa (83.3%). El ciclo vital de mayor frecuencia fue el de extensión (75%). El tipo de relación familiar de mayor frecuencia fue la relación conflictiva (52.1%). El 25% de los pacientes tenían antecedente de consumo de alcohol y drogas, y el 8.3% eran desnutridos crónicos. El 33.3% de los pacientes presentaron tuberculosis pulmonar. El 16.7% tuvo antecedente de tuberculosis previa. El 58.3% tuvieron contacto epidemiológico. El 16.7% presentaron tuberculosis pulmonar. El 33.3% de madres presentaron antecedente de artrosis. El 16.7% de los cónyuges presentaron tuberculosis pulmonar. En cuanto a los hijos el 8.3% presentó tuberculosis pulmonar. En lo referente a morbilidad familiar por tuberculosis en la familia encontramos que el 58.3% presenta morbilidad. El 41.7% tuvo disfunción moderada.

CONCLUSIONES: Encontramos una alta frecuencia de familias disfuncionales y conflictivas en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el primer nivel de atención. La mayoría de pacientes fueron varones, adultos jóvenes, procedentes de Lima. Hubo una mayor frecuencia de familias del tipo extensa, y ciclo vital en extensión. El tipo de relación familiar entre los miembros de las familias de los pacientes con tuberculosis fue conflictiva en la mayoría de los casos. La mayoría de los pacientes tenían el antecedente de consumo de alcohol y/o drogas. Hubo una mayor frecuencia de tuberculosis pulmonar. El contacto epidemiológico de mayor frecuencia fue la madre. La morbilidad de mayor frecuencia del padre y cónyuge fue la tuberculosis pulmonar y en la madre la artrosis.

PALABRAS CLAVE: estructura familiar, función familiar, tuberculosis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia tiene una existencia tan antigua como la presencia misma del hombre, y ha sido definida de múltiples maneras. Hoy en día su concepción desde del punto de vista sistémico la contempla como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social y en donde cada uno de sus integrantes interactúan con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad.¹

El descubrimiento o la sospecha de una patología genética, el control de una enfermedad infecciosa, de una enfermedad crónica, el apoyo de terapia en pacientes infantes, las patologías físicas y mentales de los adolescentes, las crisis familiares agudas, las disfunciones emocionales, etc., no pueden manejarse satisfactoriamente sin una evaluación de la situación familiar, así lo demuestran diversos estudios realizados en Europa, Asia y Norteamérica, donde existen programas de salud diseñados con enfoque familiar.²

En el Perú el Ministerio de Salud señala en sus políticas públicas, a la familia como la unidad básica de salud, y el estudio familiar en el Primer Nivel de Atención como práctica fundamental para la mejora de la calidad de atención.³ Sin embargo, a pesar de que

tales normatividades existen, en nuestro país, el papel de la familia como concepto de unidad de atención sigue teniendo prácticas poco definidas. Es decir, que el estudio de la dinámica familiar: a través de la determinación de la demografía familiar, ciclo vital de la familia, y el análisis de la función familiar son escasamente empleados en la práctica diaria de los establecimientos de salud.

Por otro lado, la Tuberculosis es una enfermedad infecciosa vinculada estrechamente a diversos factores sociales como la pobreza, hacinamiento, condiciones inadecuadas de vivienda, nutrición, empleo, educación, acceso a servicios de salud, los cuales en su conjunto llamaremos determinantes sociales; los cuales influirían tanto en la posibilidad de exponerse al contagio como en el desarrollo final de la enfermedad.⁴

En el Perú, a raíz de una epidemia tuberculosa en 1942 se elabora un plan integral de lucha contra la Tuberculosis basado en la prevención y asistencia del enfermo y su familia, pero en la práctica se priorizaba el diagnóstico, tratamiento e investigación. Se dio inicio así a la lucha contra esta enfermedad infecciosa, enfocada principalmente en la perspectiva biomédica.⁵

Pero luego de 70 años y a pesar de los esfuerzos realizados, somos el país con mayores tasas de morbilidad e incidencia de Tuberculosis en América Latina después de Haití; con tendencias cada vez más bajas de contactos examinados, bajas coberturas de quimioprofilaxis en menores de 19 años, con aumento en las tasas

de abandono, y con la expansión a todo el país de Tuberculosis Multidrogoresistente y Extremadamente Resistente.

Ante este panorama, cabría señalar que es indispensable abordar el control de la Tuberculosis mediante un enfoque biopsicosocial, que incluya un enfoque familiar y no individual de esta enfermedad.⁶

En nuestro país se han desarrollado diversos estudios que relacionan determinantes sociales y la tuberculosis, lo cual incluye la descripción básica de algunas características tipológicas familiares, sin embargo es importante reconocer otras características familiares como demografía familiar, ciclo vital familiar, recursos familiares y dinámica familiar, así como la funcionalidad de las mismas que es el objetivo del presente proyecto, contribuyendo así a incorporar un enfoque más integral para el control de esta enfermedad.

1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La salud familiar no se refiere a la ausencia de enfermedad o a la salud de cada uno de los integrantes de la familia, no es una característica sumativa, sino más bien es una característica dinámica que se refiere a la salud del grupo y que se ve influida por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Esta propuesta nos permite entender que no se puede diagnosticar ni tratar al individuo sin evaluar su situación familiar, que el control de las patologías requiere del concurso y el apoyo familiar, que

sólo un enfoque familiar permitirá aportar una respuesta correcta y que numerosos procesos infecciosos y genéticos necesitan de una aproximación a la familia para poder comprenderlos y resolverlos. Por otro lado sabemos que la base para el control de la tuberculosis en el mundo es la estrategia de tratamiento acortado estrictamente supervisado (Directly Observed Therapy Short-Course: DOTS); sin embargo, a pesar de ello el problema de salud persiste y se ha tornado aún más grave, debido a que se han encontrado cepas de mayor resistencia y pobre respuesta al tratamiento. Es por ello la pertinencia de evaluar el enfoque biomédico y sopesar la pertinencia de un enfoque que involucre el contexto familiar, un enfoque social.⁷

Existe además evidencia de diversos estudios realizados en familias de pacientes con diversas patologías, cuyo entendimiento nos permite abordarlas de manera integral, eficiente, y con calidad, los cuales se detallan a continuación:

En Europa, Asia, y Norteamérica, Pharoah,² año 2006, realizó una revisión sistemática publicada en la Biblioteca Cochrane, de estudios realizados en estos continentes para comparar los efectos de las intervenciones psicosociales familiares en pacientes con esquizofrenia o enfermedades mentales similares. Esta actualización consta de 15 ensayos adicionales (1 765 participantes, 43 % del total de 4 124). Los resultados indicaron que la intervención familiar puede reducir el riesgo de recurrencias

y mejorar el cumplimiento con la medicación. Sin embargo, los datos a menudo se informaron inadecuadamente, por lo que resultaron inutilizables. Dado que esta forma de intervención en la atención a pacientes de salud mental es ampliamente utilizada, debe haber un estudio adicional para aclarar adecuadamente varios de los resultados.

En Alemania, Hartman,⁸ 2010, realizó un metaanálisis para determinar los efectos de los tratamientos con participación de familiares en pacientes adultos con enfermedades físicas crónicas, en comparación con aquellos que reciben tratamiento convencional. Entre los resultados se obtuvieron 52 ensayos controlados aleatorios pertinentes (8,896 pacientes), con enfermedades cardiovasculares, cáncer y artritis. El metanálisis mostró que el tratamiento con participación familiar resultó significativamente mejor que el tratamiento estándar para todos los resultados. Se concluyó que las intervenciones en las que participan miembros de la familia en el tratamiento de las enfermedades físicas crónicas tienen efectos positivos sobre los resultados de salud para el paciente y su familia. Además la investigación de alta calidad es necesaria para investigar los efectos diferenciales.

En Suecia, Scanner,⁹ año 2010, realizó un estudio en 187 pacientes para determinar la atención a pacientes con factores de riesgo para accidentes cerebrovasculares en la atención primaria

Los resultados mostraron que la mayoría de ellos presentó hipertensión y la diabetes, (75,6 % y 75,0 %, respectivamente). Menos pacientes con fibrilación auricular recibieron tratamiento (60,9 %). Los factores relacionados a estilos de vida fueron difíciles de evaluar debido a falta de datos en los registros médicos. Este estudio demostró que se puede mejorar la prevención primaria de accidentes cerebrovasculares en atención primaria de salud, especialmente en relación con la fibrilación auricular y factores de riesgo relacionados con el estilo de vida. Nuevas estrategias podrían incluir mayor conocimiento por parte de los médicos con respecto a los procesos de toma de decisiones, así como dirigir la detección de factores de riesgo familiar sobretodo en personas de edad avanzada.

En Alemania, Freund,¹⁰ año 2010, presentó un estudio para demostrar las nuevas perspectivas para la información de salud y atención a pacientes en medicina familiar, a través del uso de páginas web. Para determinar el contenido y la calidad de la medicina de familia de sitios Web, se realizó un estudio transversal en una gran muestra de sitios Web de las prácticas de la familia en Berlín. Se encontró que en 1.453 familias, sólo 211 (15 %) tuvieron un sitio Web accesible. Herramientas en línea para la programación de la cita (17/211, 8 %) o pedidos de venta con receta (8/211, 4 %) rara vez se proporcionaron. Aproximadamente la mitad de todos los sitios Web (102/211) de salud proporcionaron

información sobre una amplia gama de temas, con medicina complementaria dominando. Transparencia sobre el origen y la actualidad de la información y diseño libre de barreras fueron identificados como áreas principales en las que había una necesidad de mejora de la calidad. Se concluyó que esta estrategia de atención debía estar acompañada con sitios web de mejor calidad, y que los médicos de familia deben estar capacitados en cómo utilizar soluciones en línea para la reorganización de la práctica.

En EEUU, Margolis,¹¹ año 2001, se realizó un estudio donde se diseñó, implementó y evaluó el impacto de un enfoque de nivel del sistema sanitario, que abordaba los múltiples procesos de prestación de cuidados, en varios niveles en la Comunidad, la práctica y la familia. El objetivo fue mejorar los procesos de prestación de servicios preventivos a todos los niños en una comunidad geográfica definida, con especial atención a los resultados de salud para las madres de bajos ingresos y los recién nacidos. El estudio se realizó en una población de Carolina del norte (182 000 habitantes) donde se evaluó las tasas de servicios preventivos antes y después de la intervención y un diseño de cohorte histórico fue utilizado para comparar los resultados en la salud infantil y materna. Participaron 225 mujeres, encontrándose que en el grupo intervenido las mujeres tuvieron más probabilidades que las mujeres del grupo de comparación para

utilizar anticonceptivos (69 % frente a 47 %), no fumar tabaco (27 % vs 54 %) y tener un entorno familiar más seguro y estimulante para sus hijos. Los niños del grupo de intervención tuvieron más probabilidad de recibir atención del niño sano de manera adecuada (57 % frente a 37 %) y menos probabilidad de ser violentados (2 % vs 7 %). Los cambios encontrados en el grupo intervenido han sido acompañados de directivas del Estado y la comunidad lo cual condujo a hacer más duraderas las modificaciones en la organización y financiamiento de la atención.

En Canadá, Tourigny,¹² año 2010, realizó un estudio para determinar las percepciones de los pacientes en la calidad de atención después de la reforma de la atención primaria con enfoque en salud familiar, entrevistándose un total de 1046 usuarios, antes y 18 meses después de iniciada la reforma. Se encontró que el 86% de pacientes se mostraban satisfechos con la relación continua con los servicios reformados, y el 90.2 % mostraba satisfacción con la información proporcionada en los servicios luego de la reforma. En cuanto a la organización de los servicios se mostraba una satisfacción de 55.9 % luego de la reforma frente a 56.4 % presentado antes de la misma. En cuanto a la percepción de las ventajas frente a las desventajas de la reforma los pacientes refirieron un 82 % antes y un 81 % después como satisfacción de la calidad de servicios. Se concluyó que la aplicación de la atención con enfoque familiar ha cambiado las prácticas de atención

considerablemente. Se evidenció un aumento en el uso de los servicios, una mejora en algunos aspectos de la calidad de la atención prestada, como la continuidad de la atención y la información brindada. La accesibilidad no fue percibida como una mejora, debido a la escasa disponibilidad de profesionales de la salud en este tipo de especialidad.

En EEUU, Yorke,¹³ año 2008, realizó una revisión sistemática de dos ensayos con total de 55 niños, con el objetivo de evaluar los efectos de la terapia familiar como complemento de la medicación para el tratamiento del asma en los niños. En un estudio se encontró que el volumen de gas, la tasa de flujo espiratorio máximo y las sibilancias diurnas presentaron una mejoría en los pacientes con terapia familiar en comparación con los controles. En el otro estudio, hubo una mejoría en la evaluación clínica general y el número de días con deficiencia funcional en los pacientes que recibieron terapia familiar. No hubo diferencias en el volumen espiratorio forzado o en la medicación utilizada en ambos estudios. Existen indicaciones de que la terapia familiar puede ser un complemento útil de los fármacos para los niños con asma. Esta conclusión se encuentra limitada por el pequeño tamaño de los estudios y la falta de estandarización en la elección de medidas de resultado.

En Canadá, Anderson,¹⁴ año 2010, realizó una revisión sistemática de 240 artículos publicados entre el año 1972 y el 2007 para

estudiar el papel de los médicos de familia, como punto de acceso en la atención primaria para la salud de la juventud. Se tiene como antecedentes que los jóvenes con acceso a servicios de salud preventiva a través de visitas del médico de familia tienen mejores oportunidades para aumentar el conocimiento y habilidades y para asumir la responsabilidad de su propia salud. Sólo el 7% de los adolescentes que viven en la pobreza fueron capaces de identificar fuentes regulares para el cuidado de su salud. Se encontraron que el 68% de los jóvenes encuestados (N = 259) utiliza los mismos médicos de familia como sus padres, pero sólo el 30 % de ellos informaron que consultaban a sus médicos de familia para obtener el control de la natalidad o de sospecha de embarazo. Sólo 5 % a 6 % de los jóvenes encuestados informó de consultar a sus médicos de familia por abuso de alcohol o drogas, presuntas infecciones de transmisión sexual, o ayuda para problemas personales. Se concluyó que las familias y los médicos de familia son puntos de acceso primario para los jóvenes para conectarse con la salud y los servicios de salud mental. Los jóvenes no consultan con sus médicos de familia para cuestiones relacionadas con el abuso de sustancias, la salud sexual o problemas personales o emocionales, debido a preocupaciones acerca de la confidencialidad y la incomodidad con temas difíciles. El acceso a médicos de familia no es universal. La juventud rural y los jóvenes que viven en la pobreza tienen menos probabilidades de tener acceso a los médicos

de familia. Servicios con horas de servicio flexible podrían servir a las poblaciones más diversas. La literatura indica claramente la necesidad de un enfoque racional, global e integrado de servicios de atención de la salud para los jóvenes. Médicos de familia pueden desempeñar un papel clave en apoyo del desarrollo de la atención de la salud dirigida a los jóvenes.

En Brasil, Pimentel,¹⁵ año 2010, desarrolló un estudio descriptivo que tenía como objetivo analizar el proceso de trabajo desarrollado por estrategia pública de salud familiar en un distrito de Recife, Brasil. Se revisaron algunas prácticas realizadas por equipos de salud dental, en 29 unidades de salud de la familia, tales como acciones diagnósticos y epidemiológicas, la integración con el equipo de salud de la familia, referencia y contrarreferencia y monitoreo y evaluación de las acciones. Se observó que algunas prácticas ejercidas por los equipos de salud dental aún tienen dificultades para enmarcarse en la política de salud oral. La falta de conocimiento de las necesidades locales de la población, hace difícil obtener una adecuada atención dental, debido a que tales prácticas son herramientas esenciales para la planificación y organización de las acciones en salud bucal. La existencia de gran demanda para la reparación quirúrgica restauradora, tanto en la atención básica, como en referencia a los servicios de complejidad media, evita que el modelo curativista sea completamente reemplazada por uno que se centra en los principios doctrinales y

organizativos del programa de atención familiar. Las acciones de prevención y promoción de la salud están presentes entre las acciones desarrolladas, actuando como factores importantes para mejorar la atención de la salud oral y, por consiguiente, la calidad de vida de la población. Por lo tanto, a pesar de las dificultades encontradas en este estudio, un cambio de modelo en la atención de la salud dental, con ajustes y correcciones a las prácticas del personal de salud y una mayor participación de otros niveles de Gobierno es necesario para el pleno ejercicio de la salud oral en la estrategia de salud de la familia.

En Cuba, Reyes,¹⁶ año 2006, realizó un estudio descriptivo y transversal sobre el funcionamiento familiar de 74 pacientes con insuficiencia renal crónica Terminal, se encontró predominio de familias nucleares (53 %), seguidos por 34 y 13 % de las extensas y las ampliadas, en cuanto al ciclo vital prevalecieron las familias con ciclos superpuestos (48 %), aunque también abundan las familias en extensión 20 % y contracción (19 %). La mayoría de los pacientes estudiados conviven en familias que atraviesan por crisis no normativas (57 %), dadas fundamentalmente por desmembramiento (hospitalización prolongada) y problemas de salud (descontrol de enfermedad crónica y diagnóstico de enfermedad con peligro para la vida), lo cual provoca, en muchas ocasiones, dificultades en las relaciones familiares. En cuanto al nivel de adecuación del afrontamiento a la enfermedad por parte

de la familia, del total de pacientes, 81 % refirió un afrontamiento familiar a la enfermedad adecuado y 19 % inadecuado. La mayoría de los pacientes estudiados (95 %) resultaron ser de familias funcionales, distribuidos de la siguiente forma: 54 % funcional y 41 % moderadamente funcional. Se concluye que en la población cubana predomina la familia nuclear, aunque es cada vez más abundante el número de hogares extensos y ampliados, lo cual también puede tener una connotación en la evolución médica del paciente, donde se observa la importancia de la estructura y coordinación familiar en la adaptación a la diálisis, así como la complejidad de la estructura familiar y su influencia en la mortalidad de estos pacientes.

En Paraná, Brasil, Venturini,¹⁷ año 2007, realizó un estudio para identificar las principales alteraciones familiares resultantes de la presencia de un individuo con lesión medular en la familia. Se trata de un estudio cualitativo-cuantitativo desarrollado en 32 familias de individuos con lesión *raquimedular*. Se halló que el 56,2 % de individuos pertenecían a familias nucleares, 31,3 % a familias extensas, 9,4 % vivían solos. Las dificultades encontradas con más frecuencia en la vida diaria de las personas con Lesión Medular (LM), están relacionadas con la cuestión económica (37,5 %) y la Dependencia de otro (28,1 %). Estas dificultades son mas manifiestas porque el paciente con lesión raquídea a menudo es limitante. Además, se han identificado las dificultades

relacionadas con la ausencia de ciudadanía – cómo la falta de estructura física de la ciudad (18,8 %), que incluye la falta de transporte, el empleo y la actividad física y el prejuicio (6,2 %). Los resultados nos permiten inferir que los cambios acrecidos con el trauma *raquimedular* no solo alteran la vida de los individuos, sino además la dinámica y la relación familiar. Por eso, se considera fundamental que la familia de esos individuos sea asesorada en sus dificultades para que pueda proveer la continuidad de la asistencia y contribuir para la mejoría de la calidad de vida de sus miembros portadores de lesión *raquimedular*, ampliando las perspectivas de vida y las expectativas relacionadas al tratamiento.

En Brasil, Biffi,¹⁸ año 2010, realizó un estudio para determinar la diferencia de percepción por género en aquellas familias que tenían un miembro familiar afectado por cáncer de mama. Se entrevistaron 23 grupos familiares con el modelo de familia saludable de Barhill, y los resultados mostraron que, en el proceso de adaptación al cáncer de mama, ambos géneros utilizan la comunicación clara para la búsqueda del equilibrio familiar y presentan interacciones caracterizadas por sentimientos de mutualidad e individuación. A las hijas se les atribuía la responsabilidad por la manutención de la familia y los hijos demuestran mayor desorganización en el funcionamiento familiar. Se concluye que la respuesta familiar frente al cáncer de mama

presenta diferencias por género.

En Sao Paulo, Brasil, Méndez,¹⁹ año 2009, estudió la dinámica familiar en familias con niños que sufrieran un trasplante hepático, para demostrar que accediendo a la percepción de la calidad de vida familiar se evidenciaría que toda la familia sufre el impacto de la experiencia de un niño trasplantado. Se realizó un seguimiento a 8 grupos familiares con estas características, entre los años 2005 y 2006, y se encontró que estas familias experimentaban dos momentos, el primero caracterizado por sentimientos de vulnerabilidad y miedo, un segundo momento, luchando por rescatar la autonomía, fenómeno de adaptación frente a la crisis. En esta etapa se utilizaban recursos familiares como amistades, familiares cercanos, grupos religiosos, equipo de salud, que constituían sistemas de soporte familiar. Se concluye que este tipo de estudio permiten comprender la dinámica familiar en el proceso del trasplante hepático en niños, se identifica las demandas y estrategias de esas familias en relación a la referida experiencia, y se prepara al equipo de salud para perfeccionar sus intervenciones.

En Brasil, Romagnoli,²⁰ año 2006, se estudió la dinámica de funcionamiento de las familias de personas que sufren de trastorno mental. La muestra se constituyó de 08 familias atendidas en el Programa de extensión Salud Mental y Familia. Los datos fueron recogidos a través de un censo familiar, que contemplaba las

siguientes categorías: situación, renta y funcionamiento familiar y emergencia de la psicopatología. Los resultados mostraron que la baja renta familiar, la cronicidad de la enfermedad mental y su respectiva dependencia, la necesidad de cuidado ininterrumpido, la crisis que conlleva la eclosión de la dolencia, todo eso integra un territorio existencial marcado por el dolor y por el sufrimiento, formando un modo de existencia familiar que posee en la enfermedad mental su eje de sustentación. El 100 % de familias mostraron sentimientos de dolor y la culpabilidad, inmerso en la sobrecarga de la convivencia con la locura en su vida diaria. En familias de bajos ingresos, hay necesidades básicas: alimentación, salud - que requieren estrategias para hacer frente a situaciones cotidianas dolorosas.

En Brasil, Agudelo, ²¹, año 2007, realizaron un estudio descriptivo sobre la dinámica familiar y el impacto de las actividades de promoción de la salud oral; se determinó mediante el estudio familiar los tipos familiares, y se utilizó el instrumento APGAR familiar para medir funcionalidad familiar entrevistándose a 54 jefes de familia. Se determinó que el 53.7 % eran familias nucleares y que el 59.3 % de las familias eran funcionales, y aunque el soporte de amigos era un recurso validado, estas familias se veían afectadas por factores sociales y económicos, como el desplazamiento de su lugar de origen. En estas familias las actividades de promoción de salud oral fueron identificadas como

importantes en el contexto de la salud general.

En cuanto al tema de la tuberculosis y su relación con un enfoque social, se han realizado diversos estudios en América Latina, donde los equipos de salud familiar vienen trabajando hace muchos años; así tenemos:

En Brasil, Mendes Jorge de Souza, ²², año 2010, se realizó una investigación para analizar la relación entre el historial de abandono de los enfermos de tuberculosis y la atención dispensada por el equipo de salud familiar. Este estudio realizado a través de entrevistas grabadas a nueve usuarios identificó que una relación terapéutica, con reparto de compromisos y valorización del usuario, fortalece el vínculo y produce una democratización de la gestión de atención.

En Río Grande, Brasil, Monteiro Costa, ²³, año 2011, realizó un estudio transversal que estuvo dirigido a determinar la prevalencia de los conocimientos sobre la adherencia al tratamiento de tuberculosis y otros factores asociados, en pacientes con esta enfermedad, y sus familias. Un total de 68 pacientes y 82 de sus familiares fueron entrevistados, totalizando 150 clientes. La prevalencia de los conocimientos fue del 60%. Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento y cumplimiento de la condición de ser un paciente con tuberculosis y con la existencia de un caso en la familia. Además se observó que el conocimiento de la adhesión es bajo, por lo que es evidente la

necesidad de la educación a los enfermos, familiares y la comunidad.

En Perú, Munayco, ²⁴, año 2009, realizó un estudio de base poblacional, descriptivo, de base poblacional en una población inmigrante, en el Distrito de Parcona, región ICA, se seleccionó 235 familias que ingresaron al estudio para determinar algunas variables socioeconómicas y demográficas que permitan entender el fenómeno de salud pública: la prevalencia de tuberculosis. Se evidenció que el porcentaje de familias con casos de tuberculosis fue del 4,6 %, y fue mayor en las familias pobres, en hogares con hacinamiento, y en familias migrantes de toda la vida. La estructura familiar predominante en esta población es nuclear (5,88 %), con más de tres hijos por familia, y con la convivencia de varios núcleos familiares por vivienda, lo que las convierte en ambientes favorables para la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

En Perú, Becerra, ²⁵ año 2005, realizó un estudio para determinar activamente contactos en la familia de pacientes con Tuberculosis en una zona de alta prevalencia en el norte peruano. Los resultados mostraron que en 1.094 contactos familiares la incidencia de Tuberculosis fue 0,91 % (914 por 100.000), mucho más altos que la búsqueda pasiva (0,18 %; 183 por cada 100.000; $p = 0,02$). También se evaluó 2,258 vecinos, de pacientes con tuberculosis, detectándose una prevalencia de TB de 0,22 % (221

por 100.000) en contraste con el 0,08 % (80 por cada 100.000) detectada a través del método pasivo. Estos hallazgos demuestran la importancia de la evaluación de la estructura familiar (conocer los parientes que viven con el paciente), así como los soportes familiares como vecinos y amistades. Los resultados de este estudio sugieren que el rastreo de los contactos familiares de manera activa puede ser un medio poderoso para mejorar las tasas de detección de casos de enfermedad activa.

Como se evidencia aunque numerosos estudios internacionales y nacionales, señalan la importancia del enfoque familiar en la práctica médica, existen escasos estudios realizados en nuestro país que describan las características estructurales y funcionales de las familias de pacientes con diagnóstico de tuberculosis, y que permitan establecer adecuadas estrategias de abordaje integral, de este problema de salud pública nacional.

1.3.- MARCO TEÓRICO

La familia como organización social ha sido entendida, explicada, tomada como objeto de estudio de diversas disciplinas científicas o no, a lo largo de la historia de la humanidad. Sus orígenes como definición provienen de la palabra "familia" de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la

familia era regida por el *pater*, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos.²⁶

Estructuralmente algunos autores han definido familia como un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla.²⁷ La familia también puede definirse como “Un grupo unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando estas son estables..... La familia es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación”²⁸ La Organización Mundial de la Salud define a la familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”.

En el Perú tenemos definiciones variadas como la del Instituto Nacional de Estadística que señala a la familia como el conjunto de personas que forman parte de un mismo lugar (durante el mes pasado permanecieron por lo menos la mitad del tiempo en el),

entendido como un espacio físico delimitado y consumen los alimentos preparados de una misma fuente. El Ministerio de Salud asume la definición familiar sistémica y la enuncia dentro de los principios y valores del Modelo de Atención Integral Nacional de la siguiente manera: “la familia es la unidad fundamental del gran sistema social que representa la comunidad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde sus integrantes interactúan, formando sub sistemas con factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia. La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos...La familia es la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. La familia es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso en el campo de la salud *la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero, por lo que es a ella a la que se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población del país.*”³

La política de salud en el país demanda que se pueda entender la salud familiar como pilar del desarrollo poblacional, por ello es preciso señalar que el estudio de la salud de una familia es un

proceso continuo y dinámico caracterizado por diferentes momentos y niveles de profundización; incluye obtención de información y su análisis e identificación de problemas y potencialidades de las familias para poder realizar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud en cada una de ellos.

La salud familiar no se refiere a la ausencia de enfermedad o a la salud de cada uno de los integrantes de la familia, no es una característica sumativa, sino más bien es una característica dinámica que se refiere a la salud del grupo y que se ve influida por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Esta propuesta nos permite entender que no se puede diagnosticar ni tratar al individuo sin evaluar su situación familiar, que el control de las patologías requiere del concurso y el apoyo familiar, que sólo un enfoque familiar permitirá aportar una respuesta correcta y que numerosos procesos infecciosos y genéticos necesitan de una aproximación a la familia para poder comprenderlos y resolverlos.

Para poder hacer un adecuado estudio familiar es necesario señalar primero que existen Instrumentos de Atención Familiar²⁹ que nos permite conocer la Estructura y la Función Familiar. Estos instrumentos son un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados, los cuales ofrecen una visión gráfica de la familia y facilitando la comprensión de sus relaciones.

Los instrumentos de atención a la familia surgen de la necesidad

de otros profesionales como los trabajadores sociales, genetistas, terapeutas familiares, etc. de contar con elementos de ayuda diagnóstica familiar. No obstante su origen, ellos alcanzaron su mayor difusión en el contexto de la medicina familiar, siendo rutinariamente utilizados en muchos países por los médicos familiares y sus equipos, en las múltiples atenciones a la población.

En este sentido, los Instrumentos de Atención Integral a la Familia son equivalentes, para los profesionales del equipo de Atención Primaria de Salud, a lo que representan el electrocardiograma para el cardiólogo o los estudios imagenológicos para el neumólogo o el traumatólogo. En este sentido, y si bien es cierto que su aprendizaje y elaboración requieren tiempo y paciencia, con la practica ellos representan elementos indispensables en la consulta ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general.

Existe una diversidad de Instrumentos que son empleados para evaluar diversos aspectos de la constitución de la familia, tales como el Familiograma para registrar el tipo de la familia, el APGAR familiar y el Test de Virginia Satir para buscar cuantificar el desempeño de sus funciones, el Círculo Familiar para ver las interrelaciones entre los miembros, el Test FACES para verificar su grado de integración o desligamiento, el Test de Holmes para tratar de cuantificar el impacto de los potenciales estresares que

los afectan, entre otros.

De todos ellos el Familiograma nos reporta datos de la estructura y relaciones de la familia, lo suficientemente útiles en la práctica clínica y que por su baja complejidad puede ser utilizado por cualquier miembro del equipo de salud.

Este es utilizado desde hace muchos años atrás por varias disciplinas entre las cuales se le conoce también por otros nombres como genograma o árbol familiar. El Familiograma es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios o de aparición familiar), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin recursos, hacinamiento, etc.). Así, al retratar las características de tres generaciones, el Familiograma ofrece una perspectiva longitudinal teniendo en cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia, según si ésta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos, o se salta una generación para aparecer en la otra.

Al permitir visualizar en un mismo instrumento las dolencias que aquejan a los miembros de las familias, y su estructura e interrelaciones familiares, el Familiograma ayuda a los trabajadores que atienden familias a entender cómo un problema

clínico puede estar conectado con el contexto familiar y de las conexiones entre diversos problemas o eventos tanto a nivel individual como familiar.

Por otro lado, la práctica del Familiograma promueve la expresión de sentimientos entre el informante y el prestador, permitiendo contextualizar los eventos que aparecen en cada familia, y haciendo más fluida la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes o usuarios. Finalmente, el Familiograma es un medio para el intercambio de información, entre los profesionales que se encargan de ofrecer atención integral a la familia, y que requieren un medio fácil y práctico para conocer acerca del historial familiar.

Algunos aspectos que pueden ser extraídos de un Familiograma bien ejecutado son los siguientes:

- a) Tipo de familia (Familia nuclear, monoparental, reconstituida, etc.)
- b) Ciclo vital (Formación, expansión, despliegue y contracción, etc.)
- c) Separaciones o divorcios.
- d) Si el paciente es el hijo mayor o el menor (por ejemplo: mientras que del primero se esperan grandes cosas, que sea especial y responsable, los menores son más libres y tienen menos responsabilidad familiar, incluso pueden esperar que otros se ocupen de ellos. Si se trata de un Hijo Único:

pueden estar menos orientados hacia las relaciones con sus iguales.)

- e) La presencia de abuelos/Suegros, tíos, etc puede indicar potenciales problemas de invasión de límites
- f) Multitud de separaciones y/o divorcios.
- g) Reiteración en la elección de una profesión, uniones entre miembros de la familia, etc.
- h) Repetición de pautas a través de las generaciones, considerando que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, o puede alternarse, por ejemplo: Alcoholismo, Madres solteras, embarazos adolescentes, incesto, síntomas físicos, violencia, suicidio, etc.

La atención familiar supone un cambio de visión del médico prestador de salud, que se centra en trasladar nuestra acción del marco tradicional individual al del conjunto de personas que conforman la familia. Es decir pasar del problema individual al de la familia, sin alejarnos del contexto social, donde se encuentra inmerso el grupo familiar.

En el Perú, especialmente en Lima, la tuberculosis es el primer problema de salud pública de origen infeccioso, asociado a una profunda base social de pobreza e inequidad.³⁰

Esta enfermedad infecto-contagiosa producida por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, afecta preferentemente a los

pulmones causando un cuadro crónico caracterizado principalmente por fiebre, tos, baja de peso y hemoptisis; sin embargo, puede afectar a casi la totalidad de órganos y sistemas del cuerpo.

Es importante señalar que es una enfermedad prevenible y curable. Hoy se han añadido dos definiciones, la Tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR): producida por una bacteria que ha desarrollado resistencia a dos de los fármacos antituberculosos más potentes: Isoniacida y Rifampicina. Y además la Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR): Tuberculosis multidrogorresistente que ha ampliado su resistencia a fluoroquinolonas y aminoglucósidos. En cuanto a su mecanismo de transmisión, la tuberculosis se transmite de persona a persona por vía aérea, a través de aerosoles eliminados por la persona enferma al toser. Estos aerosoles pueden permanecer hasta dos días suspendidos en el aire en ambientes sin ventilación. En ciudades con alta incidencia como Lima, cada persona con cualquier forma de TBC pulmonar activa (sensibles o resistentes a fármacos) puede infectar entre 15 a 20 personas cada año, de los cuales, dos desarrollarán la enfermedad a lo largo de su vida. ³¹

Las estadísticas actuales nos muestran la importancia de esta patología en la salud pública del país; el Ministerio de salud, a través de la Dirección General de Epidemiología, indica para el año 2010, un total de 32,477 casos, haciendo una tasa de 110,2 por 100,000 habitantes. Además el 56 % de los casos de TBC se

reportan en Lima y Callao, aproximadamente 20 mil casos por año. El 82 % de los casos TB-MDR se reportan en Lima y Callao, aproximadamente 2000 casos nuevos de TB-MDR estimados por año.³²

Antes de los años noventa, no había un registro apropiado de los casos de tuberculosis. A partir del año 1991, el Perú adopta la estrategia DOTS de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en los siguientes años se produce un aumento en la detección de casos de TBC con un correspondiente incremento de los indicadores epidemiológicos entre 1992 y 1993. A partir de 1994 empieza un descenso de la carga de tuberculosis en el Perú, como resultado del trabajo del entonces Programa de Control de la TBC. Sin embargo, a partir de 2002 se produce una desaceleración de la reducción de los casos de TBC y posteriormente se ingresa a un periodo de meseta en la curva de las tasas de incidencia y prevalencia del país. Esta tendencia refleja la ineficacia de las actuales intervenciones sanitarias para la prevención y control de la TBC que vienen ejecutándose en el país, a pesar de disponer de mayor recurso financiero del Estado y de cooperantes externos como el Fondo Mundial.³³

La Tuberculosis es una enfermedad social estrechamente vinculada con la pobreza, con las malas condiciones de trabajo y de vida; con la inequidad y la injusticia social y con todos aquellos factores que deterioran la respuesta de nuestro sistema inmunológico para

evitar la infección. Por ello, debe ser considerada una enfermedad social que requiere intervenciones económicas, sociales y ambientales para su control, y no sólo el paradigma biomédico de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno impulsado en las últimas décadas.

Han pasado más de 15 años de haber sido declarada la TBC como una emergencia sanitaria mundial por la OMS y en el Perú la situación no ha mejorado, a pesar del desarrollo de nuestra economía nacional.

En este contexto la descentralización del sector salud a los gobiernos locales y regionales, la mayor disponibilidad presupuesto y un nuevo enfoque basado en determinantes sociales, deben ser considerados para hacer frente a la tuberculosis.

En este último enfoque se enmarca la necesidad de conocer cuáles son las características de las familias con esta enfermedad, reconociendo que la presencia de la tuberculosis en un individuo somete a toda la familia a riesgo en su salud, riesgo social y riesgo económico.

Aún más en nuestro país, la afectación familiar compromete también a las comunidades, siendo necesario tener un abordaje mucho más integral para entender esta problemática sanitaria social.

Finalmente, el enfoque biomédico debe dar paso a un enfoque biopsicosocial que permita formular políticas sobre la Tuberculosis

con participación de los afectados, de sus familias, haciendo un ejercicio de compromisos que sean compartidos y que les permita acceder a mejores condiciones de vida.

1.4 HIPOTESIS

Existe significancia estadística entre los hallazgos de la estructura y función familiar de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el primer nivel de atención.

1.5.- OBJETIVOS

1.5.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la Estructura y Función Familiar de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Primer nivel de atención.

1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características demográficas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el primer nivel de atención.
- Identificar el tamaño, tipo y ciclo vital de las familias de los pacientes con tuberculosis en el primer nivel de atención.
- Señalar el tipo de relación familiar entre los miembros de las familias de los pacientes con tuberculosis en el primer nivel de atención.
- Determinar las características clínicas: comorbilidades, estado nutricional, hábitos nocivos, de los pacientes con tuberculosis en el primer nivel de atención.

- Identificar las características del tratamiento específico: tipo de diagnóstico, tipo de esquema que recibe, dosis actuales de tratamiento, fechas de diagnóstico e inicio de tratamiento, método diagnóstico, contacto epidemiológico, de los pacientes con tuberculosis en el primer nivel de atención.
- Determinar morbilidades actuales de los miembros de las familias de los pacientes con tuberculosis en el primer nivel de atención.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.- TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo observacional.

2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño corresponde a un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal.

2.3.- UNIVERSO

La población a considerar es el total de pacientes (100 %) con diagnóstico de tuberculosis, que se encuentren en el Programa de control de Tuberculosis de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, de la Microred Chosica 1 de la DISA IV Lima Este, entre los meses de Enero a Marzo del 2012.

2.4.- MUESTRA

El presente estudio no presenta muestra debido a que el 100 % de la población es la unidad de estudio.

2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirán en el presente estudio a todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que se encuentren al momento del estudio en el Programa de Control de Tuberculosis de la Microred Chosica I, de la DISA IV Lima Este, durante los meses de enero a marzo del 2012.

En el caso de pacientes menores a 18 años de edad, se les incluirá

en el estudio siempre y cuando sus padres consientan el mismo.

2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán del presente estudio los pacientes con las siguientes características:

- Pacientes que tengan diagnósticos de patologías mentales que le impidan una comunicación verbal y escrita.
- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis que aún no hayan ingresado al programa de control de Tuberculosis.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Pacientes con Tuberculosis en el Primer Nivel de Atención de Salud

VARIABLES INDEPENDIENTES

Estudio de la Estructura y Función Familiar

VARIABLE INTERVINIENTES

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CRITERIO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Estudio de la Estructura Familiar	Es un proceso continuo y dinámico que incluye la obtención de información sobre la estructura familiar	Es la aplicación de instrumentos que nos permitan evaluar la estructura familiar, para la visualización de problemas y potencialidades de las familias con el fin de realizar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud en cada una de los miembros y de las familias en sí mismas	Cualitativa	<p>1. Tamaño (número de miembros):</p> <p>a) Pequeña: de 2 a 3 miembros. b) Mediana: de 4 a 6 miembros. c) Grande: de 7 y más miembros.</p> <p>2. Ontogénesis de la familia:</p> <p>a) Familia nuclear: miembros de la pareja con su descendencia. Incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores, la adopción y el equivalente de pareja. b) Familia extensa: aquella que descienda de un mismo tronco, independientemente del número de generaciones y que esté integrada por una pareja con hijos cuando al menos uno de ellos convive en el hogar con su pareja, o equivalente de pareja, con descendencia o sin ella. c) Familia ampliada: cuando a la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional.</p> <p>3.- Ciclo vital de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formación ✓ Extensión ✓ Contracción ✓ Dispersión <p>4.- Información demográfica de los miembros de la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad del padre ✓ Edad de la madre ✓ Edad del cónyuge ✓ Edad del hijo mayor ✓ Padre es natural de ✓ Madre es natural de ✓ Grado de Instrucción de la madre ✓ Ocupación padre ✓ Ocupación madre <p>5.- Información de salud de los miembros de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedad actual del padre ✓ Enfermedad actual de la madre ✓ Enfermedad actual del cónyuge ✓ Enfermedad actual de los hijos ✓ Morbilidad por tuberculosis en algún familiar <p>6.- Señalamiento de las relaciones familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Relación fusionada ✓ Relación conflictiva ✓ Relación distante ✓ Ruptura de relación ✓ Relación violenta 	Familiograma Este es una representación gráfica de la familia, constituida por un formato de símbolos que permite dibujar un árbol familiar y reflejar en él otros datos útiles para el análisis de su situación de salud.

Estudio de la Función Familiar	La función familiar es un proceso, consecuencia de la evolución de un sistema.	Es la aplicación de un instrumento que nos permita evaluar la función familiar. El funcionamiento de la familia puede evaluarse a través de: el cumplimiento de las funciones básicas y la dinámica de las relaciones internas.	Cualitativa	Los ítems resultado serán: ✓ Buena función familiar: 18 a 20 puntos. ✓ Disfunción familiar leve: 14 a 17 puntos. ✓ Disfunción familiar moderada: de 10 a 13 puntos. ✓ Disfunción familiar severa: de 0 a 9 puntos.	APGAR familiar Instrumento que indaga 5 aspectos de la funcionalidad familiar: 1. Adaptación 2. Participación 3. Ganancia o crecimiento 4. Afecto 5. Recursos Cada uno de los 5 aspectos categoriza bajo 5 opciones (4, 3, 2, 1, 0). Al sumar los 5 parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20)
Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	Caso de tuberculosis, es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica y a quien se decide indicar y administrar un tratamiento antituberculos o.	Todo caso de tuberculosis definido por la Estrategia Sanitaria Nacional PCT, que se encuentre recibiendo tratamiento específico en los Establecimientos de Salud de la Microred Chosica I entre enero a marzo del 2012	Cualitativa	Paciente ingresado al Programa de control y prevención de TBC	Definición de caso según ESNPCTBC-MINSA
SEXO	Género del paciente, condición que distingue al varón de la mujer.	Género del paciente con diagnóstico de tuberculosis, condición que distingue al varón de la mujer.	Cualitativa	Masculino Femenino	Ficha de recolección de datos
EDAD	Tiempo de vida de un individuo expresado en años.	Tiempo de vida de un paciente con diagnóstico de tuberculosis expresado en años.	Cuantitativa	De razón	Ficha de recolección de datos
ESTADO CIVIL	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	El estado civil es la situación de los pacientes con tuberculosis determinada por sus relaciones provenientes del matrimonio, y declarada al momento de la entrevista.	Cualitativa	Soltero Casado/Conviviente Divorciado/Separado/viudo	Ficha de recolección de datos
CONDICIÓN	La condición	Es la condición de	Cualitativa	Desempleado	Ficha de

LABORAL	de trabajo, por lo tanto, está vinculada al estado del entorno laboral	trabajo en la que se encuentre el paciente con diagnóstico de tuberculosis		Trabajo eventual Trabajo fijo	recolección de datos
POBREZA	La <u>pobreza</u> es un fenómeno que tiene muchas dimensiones, por lo que no existe una única manera de definirla. <u>La</u> pobreza se ha definido como la incapacidad de una <u>familia</u> de cubrir con su gasto familiar una canasta básica de subsistencia.	Familias medidas de acuerdo a Necesidades Básicas Insatisfechas. Se considerará pobre a las familias que presenten una o más NBI, y las que no tienen ninguna NBI serán consideradas familias no pobres	Cualitativa	Familias pobres Familias no pobres	Ficha de recolección de datos
HACINAMIENT O	Aglomeración en un mismo lugar de un número de personas o animales que se considere excesivo.	Se define hacinamiento, como la presencia de tres ó más personas por habitación en la vivienda del paciente	Cualitativa	Viviendas con hacinamiento Viviendas sin hacinamiento	Ficha de recolección de datos
Características clínicas del paciente con tuberculosis		Diagnósticos médicos del paciente con tuberculosis, incluyendo el tipo del mismo	Cualitativa	Tuberculosis pulmonar Tuberculosis no pulmonar Comorbilidades: diagnósticos clínicos y nutricionales Tuberculosis BK positivo Tuberculosis BK negativo Tuberculosis MDR Tuberculosis XDR Forma de establecer diagnóstico: método radiológico, bioquímico, microbiológico, anatomopatológico o clínico. Contactos epidemiológicos. Fecha de diagnóstico.	Ficha de recolección de datos
Características del tratamiento del paciente con tuberculosis		Paciente con diagnóstico de tuberculosis que se encuentre recibiendo tratamiento farmacológico del programa de control y prevención de PCT-MINSA	Cualitativa	Tipo de esquema de tratamiento ✓ Esquema I ✓ Retratamiento individualizado ✓ Retratamiento empírico transitorio ✓ Esquema de retratamiento estandarizado ✓ Tratamiento de la TB XDR Fase del tratamiento: I y II fase Fecha de inicio de tratamiento.	Ficha de recolección de datos

2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1.- TÉCNICA

- ✓ Se empleará la recolección directa de datos de las historias clínicas.

- ✓ Se empleará la entrevista para la obtención del Familiograma y APGAR familiar.

2.8.2.- INSTRUMENTO

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia (ver anexo).

2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el programa SPSS 21.0 para elaborar la base de datos y el procesamiento de los mismos. Para el análisis se empleo estadística descriptiva presentando los datos en tablas de contingencia, determinando el OR con un Intervalo de confianza de 95 %. Se evaluará la asociación de las variables por estadística inferencial mediante el Test del Chi cuadrado con un nivel de significación estadística $P < 0.05$.

CAPÍTULO III

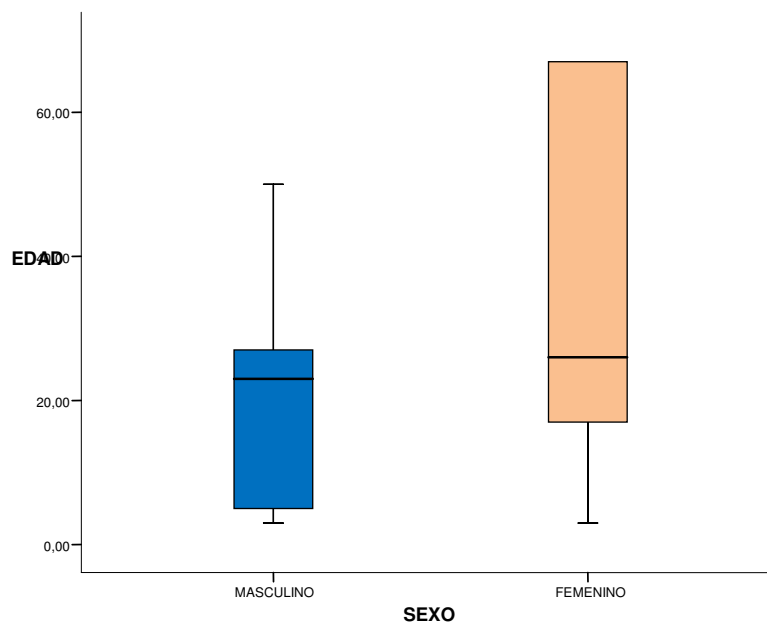
RESULTADOS

El presente estudio estuvo conformado por 48 pacientes, 34 varones (70.8 %), y 14 mujeres (29.2 %); siendo el promedio de la edad de 24.8+/-18.4 años, siendo la mínima edad de 3 años y la máxima de 67 años. La media de la edad de las mujeres fue de 34.2+/-22.7 años y de los varones fue de 20.9+/-15.1 años.

TABLA N°01 MEDIA DE LA EDAD SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS						
SEXO	MEDIA	N	DESV. TÍP.	MÍNIMO	MÁXIMO	% DEL TOTAL
MASCULINO	20.9706	34	15.11869	3.00	50.00	70.8%
FEMENINO	34.2143	14	22.75684	3.00	67.00	29.2%
TOTAL	24.8333	48	18.45908	3.00	67.00	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

TABLA N°01
MEDIA DE LA EDAD SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS

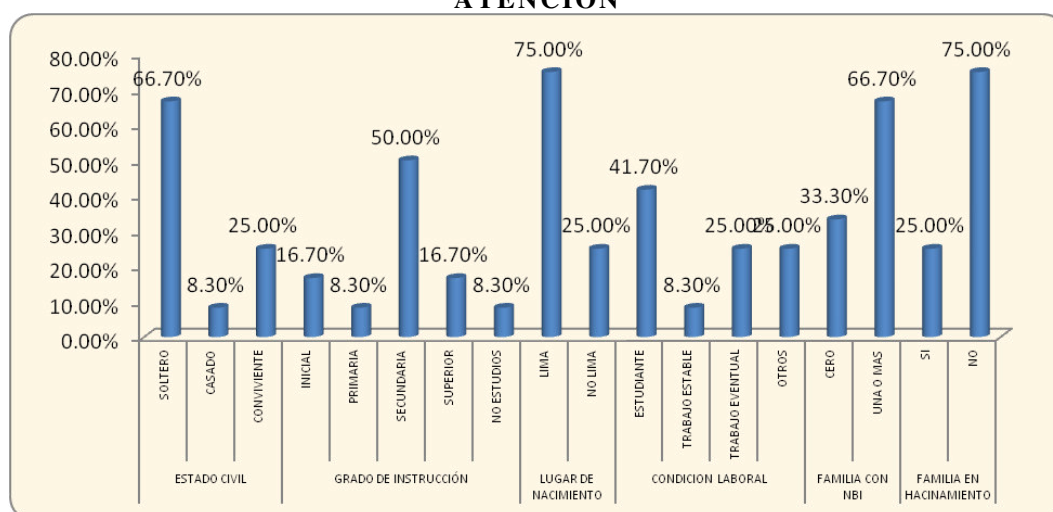


El 66.7 % fueron pacientes solteros. El 50.7 % tenían grado de instrucción secundaria. El 75 % de pacientes nacieron en Lima. El 41.7 % eran estudiantes. El 25 % vivían en condiciones de hacinamiento.

TABLA N°02 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN			
		N	%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	32	66.7 %
	CASADO	4	8.3 %
	CONVIVIENTE	12	25.0 %
GRADO DE INSTRUCCIÓN	INICIAL	8	16.7 %
	PRIMARIA	4	8.3 %
	SECUNDARIA	24	50.0 %
	SUPERIOR	8	16.7 %
	NO ESTUDIOS	4	8.3 %
LUGAR DE NACIMIENTO	LIMA	36	75.0 %
	NO LIMA	12	25.0 %
CONDICION LABORAL	ESTUDIANTE	20	41.7 %
	TRABAJO ESTABLE	4	8.3 %
	TRABAJO EVENTUAL	12	25.0 %
	OTROS	12	25.0 %
FAMILIA CON NBI	CERO	16	33.3 %
	UNA O MAS	32	66.7 %
FAMILIA EN HACINAMIENTO	SI	12	25.0 %
	NO	36	75.0 %

Fuente: ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°02
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

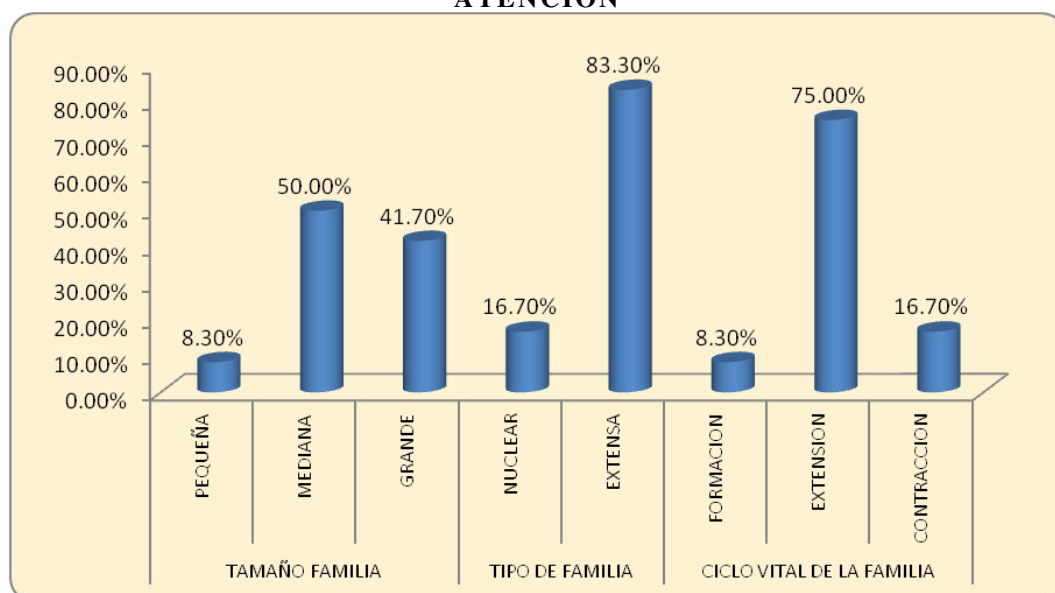


El 50 % de los pacientes provenían de familias medianas. El tipo de familia de mayor frecuencia fue la extensa (83.3 %). El ciclo vital de mayor frecuencia fue el de extensión (75 %).

TABLA N°03 TAMAÑO, TIPO Y CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN			
		N	%
TAMAÑO FAMILIA	PEQUEÑA	4	8.3 %
	MEDIANA	24	50.0 %
	GRANDE	20	41.7 %
TIPO DE FAMILIA	NUCLEAR	8	16.7 %
	EXTENSA	40	83.3 %
CICLO VITAL DE LA FAMILIA	FORMACION	4	8.3 %
	EXTENSION	36	75.0 %
	CONTRACCION	8	16.7 %

Fuente: ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°03
TAMAÑO, TIPO Y CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

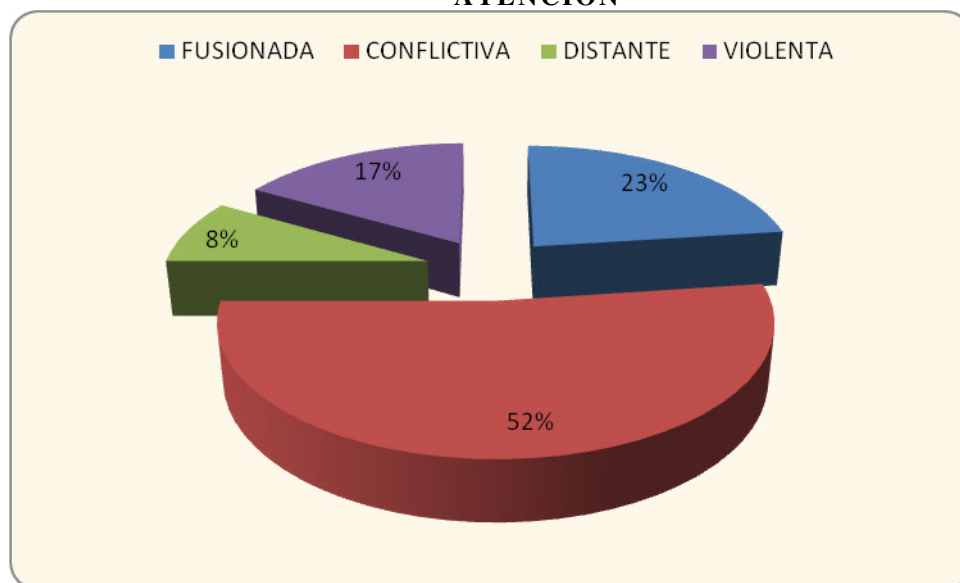


El tipo de relación familiar de mayor frecuencia entre los miembros de las familias de los pacientes con tuberculosis en el primer nivel de atención fue la relación conflictiva (52.1 %).

TABLA N°04 RELACIÓN FAMILIAR ENTRE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN			
		N	%
RELACIONES FAMILIARES	FUSIONADA	11	22.9 %
	CONFLICTIVA	25	52.1 %
	DISTANTE	4	8.3 %
	VIOLENTA	8	16.7 %

Fuente: ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°04
RELACIÓN FAMILIAR ENTRE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DE
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN

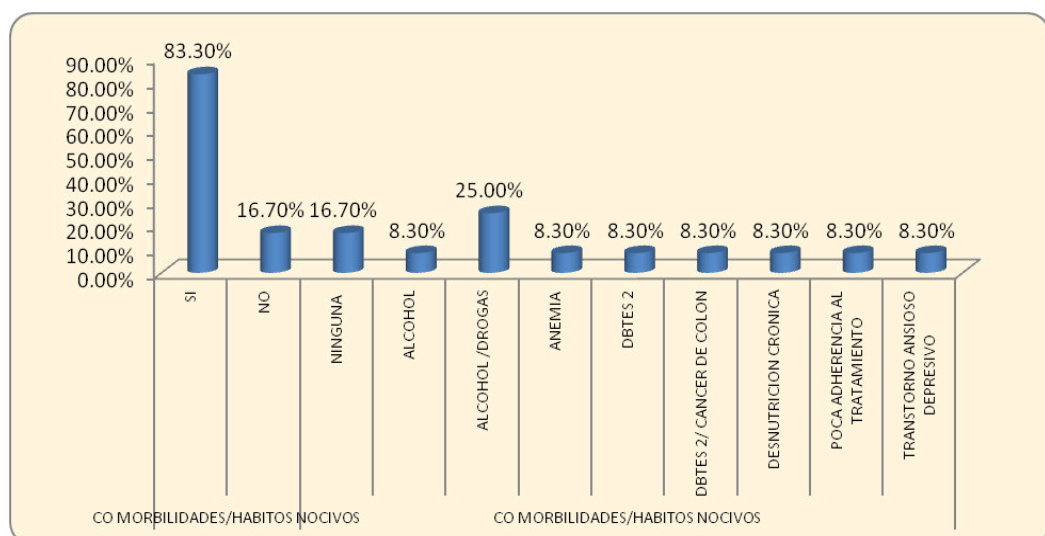


En relación a las características clínicas: comorbilidades, estado nutricional, hábitos nocivos, de los pacientes con tuberculosis en el primer nivel de atención encontramos que el 25 % de los pacientes tenían antecedente de consumo de alcohol y drogas, y el 8.3 % eran desnutridos crónicos.

TABLA N°05			
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: COMORBILIDADES, ESTADO NUTRICIONAL, HÁBITOS NOCIVOS, DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN			
		N	%
CO MORBILIDADES/HABITOS NOCIVOS	SI	40	83.3 %
	NO	8	16.7 %
CO MORBILIDADES/HABITOS NOCIVOS	NINGUNA	8	16.7 %
	ALCOHOL	4	8.3 %
	ALCOHOL /DROGAS	12	25.0 %
	ANEMIA	4	8.3 %
	DBTES 2	4	8.3 %
	DBTES 2/ CANCER DE COLON	4	8.3 %
	DESNUTRICION CRONICA	4	8.3 %
	POCA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	4	8.3 %
	TRANSTORNO ANSIOSO DEPRESIVO	4	8.3 %

Fuente: ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°05
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: COMORBILIDADES, ESTADO NUTRICIONAL, HÁBITOS NOCIVOS, DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



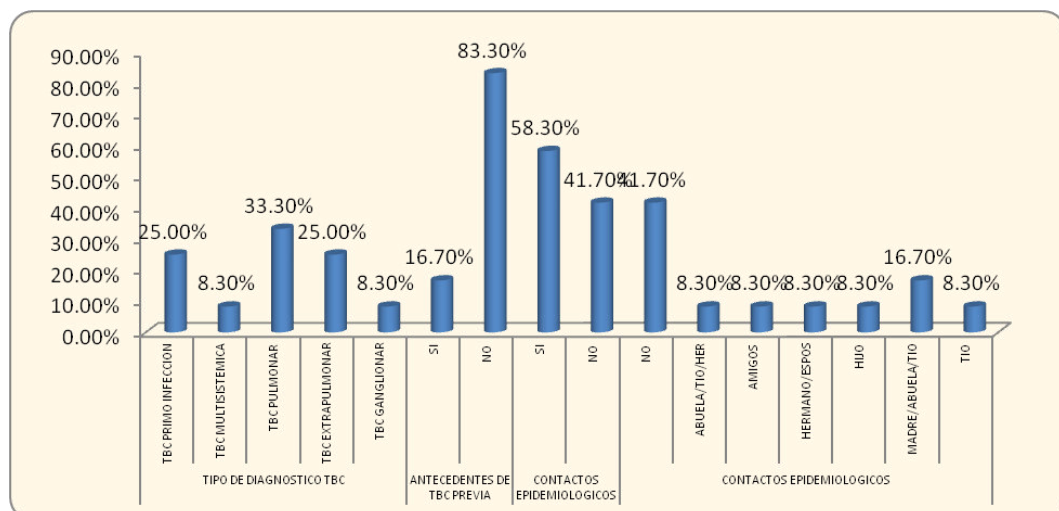
El 33.3 % de los pacientes presentaron tuberculosis pulmonar. El 16.7 % tuvo antecedente de tuberculosis previa. El 58.3 % tuvieron contacto epidemiológico, siendo el más frecuente el contacto madre, abuela, tío.

TABLA N°06
TIPO DE DIAGNÓSTICO, CONTACTO EPIDEMIOLÓGICO, DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

		N	%
TIPO DE DIAGNÓSTICO TBC	TBC PRIMO INFECCION	12	25.0 %
	TBC MULTISISTEMICA	4	8.3 %
	TBC PULMONAR	16	33.3 %
	TBC EXTRAPULMONAR	12	25.0 %
	TBC GANGLIONAR	4	8.3 %
ANTECEDENTES DE TBC PREVIA	SI	8	16.7 %
	NO	40	83.3 %
CONTACTOS EPIDEMIOLÓGICOS	SI	28	58.3 %
	NO	20	41.7 %
CONTACTOS EPIDEMIOLÓGICOS	NO	20	41.7 %
	ABUELA/TIO/HER	4	8.3 %
	AMIGOS	4	8.3 %
	HERMANO/ESPOS	4	8.3 %
	HIJO	4	8.3 %
	MADRE/ABUELA/TIO	8	16.7 %
	TIO	4	8.3 %

Fuente: ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°06
TIPO DE DIAGNÓSTICO, CONTACTO EPIDEMIOLÓGICO, DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.



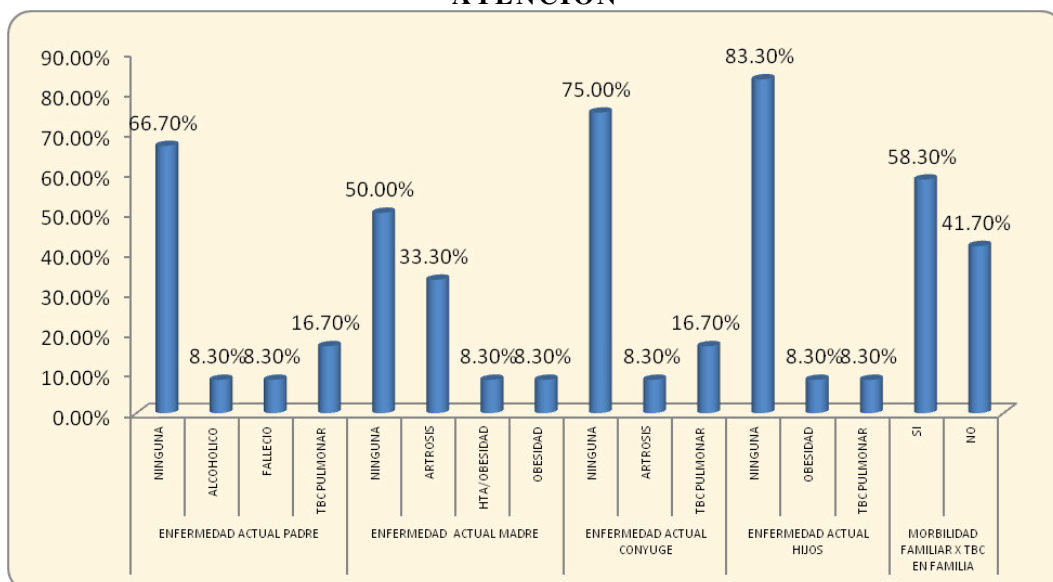
En lo referente a las morbilidades de los miembros de la familia encontramos que el 33.3 % de madres presentaron antecedente de artrosis. El 16.7 % de los cónyuges presentaron tuberculosis pulmonar. En lo referente a morbilidad familiar por tuberculosis en la familia encontramos que el 58.3 % presento morbilidad.

TABLA N°07
MORBILIDADES ACTUALES DE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DE LOS
PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

		N	%
ENFERMEDAD ACTUAL PADRE	NINGUNA	32	66.7 %
	ALCOHOLICO	4	8.3 %
	FALLECIO	4	8.3 %
	TBC PULMONAR	8	16.7 %
ENFERMEDAD ACTUAL MADRE	NINGUNA	24	50.0 %
	ARTROSIS	16	33.3 %
	HTA/OBESIDAD	4	8.3 %
	OBESIDAD	4	8.3 %
ENFERMEDAD ACTUAL CONYUGE	NINGUNA	36	75.0 %
	ARTROSIS	4	8.3 %
	TBC PULMONAR	8	16.7 %
	NINGUNA	40	83.3 %
ENFERMEDAD ACTUAL HIJOS	OBESIDAD	4	8.3 %
	TBC PULMONAR	4	8.3 %
	NINGUNA	4	8.3 %
MORBILIDAD FAMILIAR X TBC EN FAMILIA	SI	28	58.3 %
	NO	20	41.7 %

Fuente: ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°07
MORBILIDADES ACTUALES DE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS
DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN

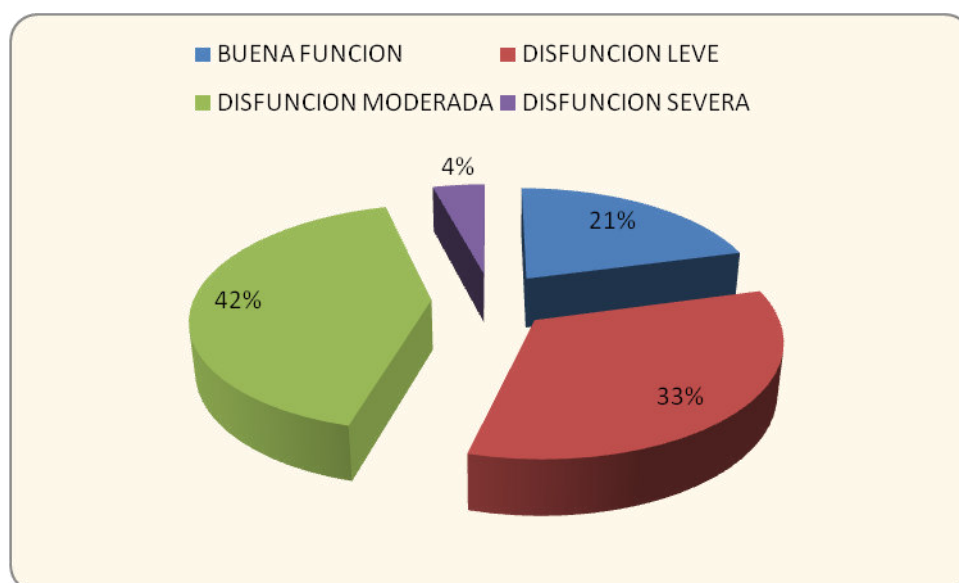


En lo referente a la función familiar de los miembros de las familias de los pacientes con tuberculosis encontramos que el 41.7 % tuvo disfunción moderada.

TABLA N°08 FUNCION FAMILIAR DE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN			
		N	%
FUNCION FAMILIAR	BUENA FUNCION	10	20.8 %
	DISFUNCION LEVE	16	33.3 %
	DISFUNCION MODERADA	20	41.7 %
	DISFUNCION SEVERA	2	4.2 %
VÁLIDOS		48	100.0 %

Fuente: ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°08
FUNCION FAMILIAR DE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Entre otros hallazgos podemos observar que los pacientes que provenían de familias disfuncionales se caracterizaron por ser del sexo masculino(63.2%), solteros(73.7%), con grado de instrucción secundaria(47.4%), nacidos en Lima(89.5%), estudiantes(42.1%), con primoinfección tuberculosa(31.6%),presentaban comorbilidades(78.9%), proveniente de familias grandes(52.6%), extensas(89.5%), y con relación conflictiva (57.9%), y cuyas familias tenían morbilidad por tuberculosis(57.9%).

<p align="center">TABLA N°09 FUNCION FAMILIAR DE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</p>					
		FUNCION FAMILIAR			
		FUNCIONAL		DISFUNCIONAL	
		N	%	N	%
SEXO	MASCULINO	10	100.0%	24	63.2%
	FEMENINO	0	.0%	14	36.8%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	4	40.0%	28	73.7%
	CASADO	0	.0%	4	10.5%
	CONVIVIENTE	6	60.0%	6	15.8%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	INICIAL	0	.0%	8	21.1%
	PRIMARIA	0	.0%	4	10.5%
	SECUNDARIA	6	60.0%	18	47.4%
	SUPERIOR	4	40.0%	4	10.5%
	NO ESTUDIOS	0	.0%	4	10.5%
LUGAR DE NACIMIENTO	LIMA	2	20.0%	34	89.5%
	NO LIMA	8	80.0%	4	10.5%
CONDICION LABORAL	ESTUDIANTE	4	40.0%	16	42.1%
	TRABAJO ESTABLE	0	.0%	4	10.5%
	TRABAJO EVENTUAL	6	60.0%	6	15.8%
	OTROS	0	.0%	12	31.6%
FAMILIA CON NBI	CERO	0	.0%	16	42.1%
	UNA O MAS	10	100.0%	22	57.9%
FAMILIA EN HACINAMIENTO	SI	0	.0%	12	31.6%
	NO	10	100.0%	26	68.4%
TIPO DE DIAGNÓSTICO TBC	TBC PRIMO INFECCION	0	.0%	12	31.6%
	TBC MULTISISTEMICA	0	.0%	4	10.5%
	TBC PULMONAR	6	60.0%	10	26.3%
	TBC EXTRAPULMONAR	4	40.0%	8	21.1%
	TBC GANGLIONAR	0	.0%	4	10.5%
ANTECEDENTES DE TBC PREVIA	SI	2	20.0%	6	15.8%
	NO	8	80.0%	32	84.2%
CONTACTOS EPIDEMIOLÓGICOS	SI	2	20.0%	26	68.4%
	NO	8	80.0%	12	31.6%
CONTACTOS EPIDEMIOLÓGICOS	NINGUNO	8	80.0%	12	31.6%
	ABUELA/TIO/HER	0	.0%	4	10.5%
	AMIGOS	0	.0%	4	10.5%
	HERMANO/ESPOS	2	20.0%	2	5.3%
	HIJO	0	.0%	4	10.5%
	MADRE/ABUELA/TIO	0	.0%	8	21.1%
	TIO	0	.0%	4	10.5%
CO	SI	10	100.0%	30	78.9%

MORBILIDADES/HABITOS NOCIVOS	NO	0	.0%	8	21.1%
TAMAÑO FAMILIA	PEQUEÑA	0	.0%	4	10.5%
	MEDIANA	10	100.0%	14	36.8%
	GRANDE	0	.0%	20	52.6%
TIPO DE FAMILIA	NUCLEAR	4	40.0%	4	10.5%
	EXTENSA	6	60.0%	34	89.5%
CICLO VITAL DE LA FAMILIA	FORMACION	0	.0%	4	10.5%
	EXTENSION	8	80.0%	28	73.7%
	CONTRACCION	2	20.0%	6	15.8%
	DISPERSION	0	.0%	0	.0%
RELACIONES FAMILIARES	FUSIONADA	7	70.0%	4	10.5%
	CONFLICTIVA	3	30.0%	22	57.9%
	DISTANTE	0	.0%	4	10.5%
	VIOLENTA	0	.0%	8	21.1%
MADRE NATURAL DE	ANCASH	2	20.0%	1	2.6%
	AYACUCHO	0	.0%	4	10.5%
	CUZCO	0	.0%	4	10.5%
	HUANUCO	0	.0%	4	10.5%
	HUAROCHIRI	0	.0%	4	10.5%
	ICA	0	.0%	4	10.5%
	JUNIN	0	.0%	4	10.5%
	LIMA	4	40.0%	12	31.6%
	PUNO	4	40.0%	0	.0%
	TACNA	0	.0%	1	2.6%
OCUPACION PADRE	NINGUNA	2	20.0%	6	15.8%
	ABANDONO HOGAR-DESCONOCE	0	.0%	4	10.5%
	AGRICULTOR	0	.0%	4	10.5%
	CARPINTERO	0	.0%	4	10.5%
	CHOFER	0	.0%	12	31.6%
	COMERCIANTE	8	80.0%	0	.0%
	EVENTUAL	0	.0%	4	10.5%
	PRIMARIA INCOMPLETA	0	.0%	4	10.5%
OCUPACION MADRE	AMA DE CASA	0	.0%	4	10.5%
	AMA DE CASA	10	100.0%	34	89.5%
ENFERMEDAD ACTUAL CONYUGE	NINGUNA	8	80.0%	28	73.7%
	ARTROSIS	0	.0%	4	10.5%
	TBC PULMONAR	2	20.0%	6	15.8%
ENFERMEDAD ACTUAL HIJOS	NINGUNA	10	100.0%	30	78.9%
	OBESIDAD	0	.0%	4	10.5%
	TBC PULMONAR	0	.0%	4	10.5%
MORBILIDAD FAMILIAR X TBC EN FAMILIA	SI	6	60.0%	22	57.9%
	NO	4	40.0%	16	42.1%

Fuente: ficha de recolección de datos

Otras observaciones en el estudio fueron que los pacientes que tuvieron disfunción severa no tuvieron cónyuge ni hijos. Se encontró además, que en los pacientes con función familiar buena la media de la edad fue de 28 años, la edad del padre de 67 años, la edad de la madre de 58.4 años; el cónyuge tuvo un promedio de 34 años y el hijo mayor 9.3 años.

TABLA N°10 MEDIAS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS SEGÚN FUNCION FAMILIAR						
FUNCION FAMILIAR		EDAD	EDAD DE PADRE	EDAD DE MADRE	EDAD CONYUGE	EDAD HIJO MAYOR
BUENA FUNCION	MEDIA	28.0000	67.0000	58.4000	34.0000	9.3333
	N	10	8	10	6	6
	DESV. TÍP.	12.34684	16.03567	11.55855	10.84435	12.90994
	MÍNIMO	18.00	52.00	48.00	27.00	1.00
	MÁXIMO	50.00	82.00	78.00	48.00	26.00
	% DEL TOTAL	20.8%	20.0%	22.7%	37.5%	37.5%
DISFUNCION LEVE	MEDIA	35.7500	59.0000	57.5000	68.6667	36.6667
	N	16	10	12	6	6
	DESV. TÍP.	22.81958	19.18333	18.20839	16.00833	8.26236
	MÍNIMO	3.00	26.00	23.00	48.00	26.00
	MÁXIMO	67.00	74.00	78.00	79.00	42.00
	% DEL TOTAL	33.3%	25.0%	27.3%	37.5%	37.5%
DISFUNCION MODERADA	MEDIA	14.3500	38.0500	39.7500	24.0000	8.0000
	N	20	20	20	4	4
	DESV. TÍP.	11.33358	14.15878	17.72561	.000000	.000000
	MÍNIMO	3.00	25.00	23.00	24.00	8.00
	MÁXIMO	36.00	68.00	66.00	24.00	8.00
	% DEL TOTAL DE N	41.7%	50.0%	45.5%	25.0%	25.0%
DISFUNCION SEVERA	MEDIA	26.5000	60.5000	58.0000		
	N	2	2	2		
	DESV. TÍP.	13.43503	10.60660	11.31371		
	MÍNIMO	17.00	53.00	50.00		
	MÁXIMO	36.00	68.00	66.00		
	% DEL TOTAL DE N	4.2%	5.0%	4.5%		
TOTAL	MEDIA	24.8333	50.2000	49.6591	44.5000	19.2500
	N	48	40	44	16	16
	DESV. TÍP.	18.45908	19.76166	18.39609	22.68039	16.51464
	MÍNIMO	3.00	25.00	23.00	24.00	1.00
	MÁXIMO	67.00	82.00	78.00	79.00	42.00
	% DEL TOTAL DE N	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
P		*P<0.05	*P<0.05	*P<0.05	*P<0.05	*P<0.05

Fuente: ficha de recolección de datos

Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa de disfunción familiar con la edad del padre (46+/-18.4 versus 67+/-16 años).

TABLA N°11						
MEDIAS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS SEGÚN FUNCION FAMILIAR						
FUNCION FAMILIAR 2		EDAD	EDAD DE PADRE	EDAD DE MADRE	EDAD CONYUGE	EDAD HIJO MAYOR
FUNCIONAL	MEDIA	28.0000	67.0000	58.4000	34.0000	9.3333
	N	10	8	10	6	6
	DESV. TÍP.	12.34684	16.03567	11.55855	10.84435	12.90994
	MÍNIMO	18.00	52.00	48.00	27.00	1.00
	MÁXIMO	50.00	82.00	78.00	48.00	26.00
	% DEL TOTAL	20.8 %	20.0 %	22.7 %	37.5 %	37.5 %
DISFUNCIONAL	MEDIA	24.0000	46.0000	47.0882	50.8000	25.2000
	N	38	32	34	10	10
	DESV. TÍP.	19.80718	18.49847	19.35375	25.96921	16.03330
	MÍNIMO	3.00	25.00	23.00	24.00	8.00
	MÁXIMO	67.00	74.00	78.00	79.00	42.00
	% DEL TOTAL	79.2 %	80.0 %	77.3 %	62.5 %	62.5 %
TOTAL	MEDIA	24.8333	50.2000	49.6591	44.5000	19.2500
	N	48	40	44	16	16
	DESV. TÍP.	18.45908	19.76166	18.39609	22.68039	16.51464
	MÍNIMO	3.00	25.00	23.00	24.00	1.00
	MÁXIMO	67.00	82.00	78.00	79.00	42.00
	% DEL TOTAL	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %
P		P>0.05	P<0.05	P>0.05	P>0.05	P>0.05

Otra diferencia estadísticamente significativa fue entre la mayor edad del cónyuge y edad del hijo mayor en las relaciones familiares conflictivas.

TABLA N°12 MEDIAS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS SEGÚN RELACIONES FAMILIARES						
RELACIONES FAMILIARES		EDAD	EDAD DE PADRE	EDAD DE MADRE	EDAD CONYUGE	EDAD HIJO MAYOR
FUSIONADA	MEDIA	15.8182	53.4545	42.9091	27.0000	1.0000
	N	11	11	11	4	4
	DESV. TÍP.	10.82422	25.06138	16.42836	.00000	.00000
	MÍNIMO	3.00	26.00	23.00	27.00	1.00
	MÁXIMO	27.00	82.00	59.00	27.00	1.00
	% DEL TOTAL	22.9 %	27.5 %	25.0 %	25.0 %	25.0 %
CONFLICTIVA	MEDIA	28.0800	44.7059	50.9048	63.5000	34.0000
	N	25	17	21	8	8
	DESV. TÍP.	23.21623	20.71764	22.54308	16.57020	8.55236
	MÍNIMO	3.00	25.00	24.00	48.00	26.00
	MÁXIMO	67.00	74.00	78.00	79.00	42.00
	% DEL TOTAL	52.1 %	42.5 %	47.7 %	50.0 %	50.0 %
DISTANTE	MEDIA	36.0000	68.0000	66.0000		
	N	4	4	4		
	DESV. TÍP.	.00000	.00000	.00000		
	MÍNIMO	36.00	68.00	66.00		
	MÁXIMO	36.00	68.00	66.00		
	% DEL TOTAL	8.3 %	10.0 %	9.1 %		
VIOLENTA	MEDIA	21.5000	48.5000	47.5000	24.0000	8.0000
	N	8	8	8	4	4
	DESV. TÍP.	4.81070	4.81070	2.67261	.00000	.00000
	MÍNIMO	17.00	44.00	45.00	24.00	8.00
	MÁXIMO	26.00	53.00	50.00	24.00	8.00
	% DEL TOTAL	16.7 %	20.0 %	18.2 %	25.0 %	25.0 %
TOTAL	MEDIA	24.8333	50.2000	49.6591	44.5000	19.2500
	N	48	40	44	16	16
	DESV. TÍP.	18.45908	19.76166	18.39609	22.68039	16.51464
	MÍNIMO	3.00	25.00	23.00	24.00	1.00
	MÁXIMO	67.00	82.00	78.00	79.00	42.00
	% DEL TOTAL	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %
P		P>0.05	P>0.05	P>0.05	*P<0.05	*P<0.05

Fuente: ficha de recolección de datos

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio muestran que en cuanto a la estructura familiar predominan las familias medianas, lo cual nos deja evidencia de que al iniciar el trabajo asistencial con estos pacientes no debemos soslayar que existen más de cuatro contactos epidemiológicos, hechos que se ponen en evidencia cuando le brindamos una atención integral e integrada. En cuanto a la ontogénesis familiar, la familia extensa fue la de mayor porcentaje (83.3%) a diferencia de los estudios previos que señalan que las familias más predominantes fueron la de tipo nuclear. Nuestros datos son disimiles con lo reportado por Reyes,¹⁶ quien realizó un estudio descriptivo y transversal sobre el funcionamiento familiar de 74 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, y se encontró predominio de familias nucleares (53 %), seguidos por 34 y 13% de las extensas y las ampliadas. Del mismo modo podemos inferir que nuestros resultados son disimiles con lo reportado por Venturini,¹⁷ quien realizó un estudio para identificar las principales alteraciones familiares resultantes de la presencia de un individuo con lesión medular en la familia. Se trata de un estudio cualitativo-cuantitativo desarrollado en 32 familias de individuos con lesión *raquimedular*. Se halló que el 56,2% de individuos pertenecían a familias nucleares, 31,3% a familias extensas, 9,4% vivían solos.

Los hallazgos de nuestro estudio podrían explicarse dado que en el presente trabajo la mayoría eran pacientes solteros o convivientes y vivían dentro de familias cuyos cabezas familiares no eran los propios pacientes.

En cuanto al ciclo vital predominante notamos que predominó el ciclo vital en extensión, lo que nos lleva a pensar en la gran posibilidad de que al tener hijos conviviendo en su ámbito familiar, estos pacientes deben recibir una mayor atención a nivel familiar y comunitario, pues entendemos que la posibilidad de contacto y consecuente contagio entre grupos estudiantiles (escuelas, institutos, etc.) es mucho mayor, sea en el momento actual o futuro, iniciándose una amplia cadena epidemiológica que no se aborda sino se toma en cuenta este tipo de análisis familiar. Otro aspecto importante del presente estudio en cuanto a la estructura familiar, lo constituye las relaciones conflictivas que se hallaron en un 52% mientras que solo dijeron tener relaciones fusionadas 11 de los 48 pacientes, es decir 22%. Se puede inferir que el paciente con una dolencia que amerita un período extenso de curso natural de la enfermedad como es la tuberculosis, ocasiona situaciones de estrés en los familiares, sin embargo si este aspecto no es tomado en cuenta la posibilidad de tener abandonos en el tratamiento se incrementaría, aunque como se ha hecho notar en el estudio de Becerra, ²⁵año 2005, sus hallazgos demostraron la importancia de la evaluación de la estructura familiar (conocer los

parientes que viven con el paciente), así como los soportes familiares como vecinos y amistades, para disminuir la posibilidad de recaídas en los pacientes con tuberculosis.

Además encontramos en nuestro estudio que entre otros datos demográficos existe un mayor porcentaje con necesidades básicas insatisfechas, aunque no se evidencia hacinamiento. Cabe resaltar otro dato importante que en gran parte de los pacientes estudiados se encontró antecedente de consumo de drogas y/o alcohol, todo lo cual contribuye a incrementar el riesgo de contactos y contagio familiar, estos hallazgos coinciden con lo encontrado por, Munayco, ²⁴, año 2009, quien realizó un estudio de base poblacional, descriptivo, en una población inmigrante, en el Distrito de Parcona, región ICA, quien evidenció que el porcentaje de familias con casos de tuberculosis fue del 4,6%, y fue mayor en las familias pobres, en hogares con hacinamiento, y en familias migrantes de toda la vida. La estructura familiar predominante en esta población es nuclear (5,88%), con más de tres hijos por familia, y con la convivencia de varios núcleos familiares por vivienda, lo que las convierte en ambientes favorables para la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Esto sin duda resalta la necesidad de introducir los estudios de estructura familiar para ofrecer atención eficaz y eficiente a los pacientes con una enfermedad de abordaje sanitario público como es la tuberculosis y no sólo un abordaje asistencial.

En cuanto a la función familiar podemos resaltar que el 41.7% de las familias de los pacientes con tuberculosis en el presente estudio que acudían a la atención del primer nivel, tuvo disfunción moderada. Estas evidencias se correlacionan con el tipo de relación familiar encontrada (conflictiva) y que resaltan que el abordaje de los pacientes con tuberculosis debiera hacerse con un enfoque bio psicosocial ya que se puede inferir que este factor podría estar contribuyendo a un mayor número de abandonos, recaídas o escasa adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes. Además esto nos permite visualizar que las intervenciones familiares en estos pacientes son de vital importancia, y no sólo por los profesionales no médicos que generalmente se encargan de esta Estrategia Sanitaria en los primeros niveles de atención, sino por el equipo básico de salud familiar, estrategia que está en proceso de consolidación en nuestro país. Nuestros hallazgos coinciden con lo reportado en Europa, Asia, y Norteamérica, donde Pharoah ², quien realizó una revisión sistemática publicada en la Biblioteca Cochrane, de estudios realizados en estos continentes para comparar los efectos de las intervenciones psicosociales familiares en pacientes con esquizofrenia o enfermedades mentales similares. Sus resultados indicaron que la intervención familiar puede reducir el riesgo de recurrencias y mejorar el cumplimiento con la medicación.

Nuestro estudio no estuvo abocado a verificar los efectos de una

intervención en los núcleos familiares, sino más bien nos abocamos a verificar la función y relación familiar de los pacientes con tuberculosis.

En base a lo encontrado en nuestro estudio podemos inferir que la familia influye considerablemente en el abordaje de los pacientes con tuberculosis, y que es prioritario que los profesionales que conforman el equipo sanitario utilicen las herramientas necesarias para el estudio de estructura y función familiar, porque se ha evidenciado su utilidad para el hallazgo de diferentes características de los pacientes con esta enfermedad que pueden ser soslayadas sin un enfoque biopsicosocial. Además si se evidencian familias disfuncionales y relaciones conflictivas esto nos debería llevar de manera pronta a realizar las intervenciones familiares para disminuir el riesgo de abandono al tratamiento, recaídas, comorbilidades en los pacientes que ya son diagnosticados y que inician tratamiento por tuberculosis.

Esto sin duda es avalado por hallazgos como los reportados por Tourigny,¹² quien realizó un estudio para determinar las percepciones de los pacientes en la calidad de atención después de la reforma de la atención primaria con enfoque en salud familiar, entrevistándose un total de 1046 usuarios, antes y 18 meses después de iniciada la reforma. Se encontró que el 86 % de pacientes se mostraban satisfechos con la relación continua con los servicios reformados, y el 90.2 % mostraba satisfacción con la

información proporcionada en los servicios luego de la reforma. En cuanto a la percepción de las ventajas frente a las desventajas de la reforma los pacientes refirieron un 82 % antes y un 81 % después como satisfacción de la calidad de servicios. Se concluyó que la aplicación de la atención con enfoque familiar ha cambiado las prácticas de atención considerablemente. Se evidenció un aumento en el uso de los servicios, una mejora en algunos aspectos de la calidad de la atención prestada, como la continuidad de la atención y la información brindada. La accesibilidad no fue percibida como una mejora, debido a la escasa disponibilidad de profesionales de la salud en este tipo de especialidad.

Es preciso señalar que en nuestro país los pacientes con tuberculosis son atendidos a través de la estrategia sanitaria para el control de la tuberculosis, y que en ningún establecimiento que participó en el estudio se evidenció personal capacitado en la estrategia de salud familiar que se hiciera cargo del programa, sino que en su mayoría es liderada por un personal no médico, profesional o no, y que el enfoque de manejo asistencial sigue siendo recuperativo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

- ✓ Encontramos una alta frecuencia de familias disfuncionales y conflictivas en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en el Primer nivel de atención.
- ✓ La mayoría de pacientes fueron varones, adultos jóvenes, procedentes de Lima.
- ✓ Hubo una mayor frecuencia de familias medianas, del tipo extensa, y con ciclo vital en extensión.
- ✓ El tipo de relación familiar entre los miembros de las familias de los pacientes con tuberculosis fue conflictiva en la mayoría de los casos.
- ✓ Una gran mayoría de los pacientes tenían el antecedente de consumo de alcohol y/o drogas.
- ✓ Hubo una mayor frecuencia de tuberculosis pulmonar.
- ✓ El contacto epidemiológico de mayor frecuencia fue la madre.
- ✓ Los pacientes que provenían de familias disfuncionales se caracterizaron por ser del sexo masculino, solteros, con grado de instrucción secundaria, nacidos en Lima, estudiantes, con primoinfección tuberculosa, proveniente de familias grandes, extensas, tenían relaciones familiares conflictivas, con morbilidad familiar por tuberculosis.

5.2.- RECOMENDACIONES

- ✓ El presente estudio nos permite señalar que es preciso realizar otros estudios de tipo prospectivo longitudinal multicéntrico para determinar la importancia del estudio familiar en pacientes con enfermedades de interés de salud pública como es la tuberculosis.
- ✓ Recomendar el enfoque familiar en la atención sanitaria de los pacientes con tuberculosis para determinar características que pudieran ser soslayadas con un enfoque biomédico.
- ✓ Involucrar al personal de salud en el abordaje sistémico de los pacientes con tuberculosis, como un instrumento adicional para la disminución de esta enfermedad en nuestro ámbito nacional.

CAPÍTULO VI

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. De la Revilla. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar.1999.
2. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2008.
3. Resolución Ministerial N° 729-2003. Ministerio de Salud del Perú.
4. Lonnroth K, JaramilloE, Williams BG, Dye C, Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemics; the role of risk factors and social determinants. Soc. Sci Med 2009; 68(12):2240-46.
5. Fuentes Tafur, Luis Alberto. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. Rev Perú Med Ex Salud Pública 2009; 3(26):370-9.
6. Saravia Sebastián, Juan Carlos. Revisando la Evaluación nacional de la ESPNC Tuberculosis del Perú Abril 2011
7. Ticona, Eduardo. ¿Tuberculosis, se agotó el enfoque biomédico? Rev Perú Med Exp Salud Pública 2009; 26 (3): 273-5.
8. Hartmann M. Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. Psychother Psychosom. 2010; 79(3):136-48.

9. Ylva Skånér. Primary Prevention of First-Ever Stroke in Primary Health Care: A Clinical Practice Study Based on Medical Register Data in Sweden. *Stroke Res Treat.* July 2011
10. Freund T. Family practice web sites: new perspectives for patient care and health information? *Fam Med.* 2010; 42(7):501-6.
11. Margolis PA. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics.* 2001; 108(3):42.
12. Tourigny A. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. *Can Fam Physician.* 2010; 56(7):273-82.
13. Yorke J. Terapia familiar para el asma crónica en niños. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, 2008.
14. Jennifer Ellen Anderson, MD MHSc. Connecting youth with health services. Systematic review. *Can Fam Physician.* 2010; 56(8):778-4.
15. Pimentel FC. Analysis of oral health attention in the Family Health Strategy of the Sanitary District VI, Recife, Pernambuco State. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(4):2189-96.
16. Reyes Saborit. Familiar characterization of patients with end-stage chronic renal failure. *Medisan;* 2006; 10(4).

17. Venturini, Daniele Aparecida. Changes and expectations experienced by individuals with spinal cord injury and their families. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 2007; 41(4):589-96.
18. Biffi, Raquel Gabrielli. Perception of family functioning among relatives of women who survived breast cancer: gender differences. *Rev. Latinoam. Enferm*; 2010; 18(2): 269-77.
19. Mendes, Ana Márcia Chiaradia. Not being able to live like before: the family dynamics during the experience of pediatric liver transplantation. *Rev. latinoam. enferm*; 2009; 17(1):74-80.
20. Romagnoli, Roberta Carvalho. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. *Psicol. estud*; 2006; 11(2):305-314.
21. Agudelo, Andrés Alonso. Familiar dynamic and oral health promotion in displaced and homeless population. *CES odontol*; 2007; 20(2):23-30.
22. Káren Mendes Jorge de Souza. Tuberculosis treatment drop out and relations of bonding to the family health team. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(4):904-11 www.ee.usp.br/reeusp/
23. Silvana Monteiro Costa. Knowledge of clients who suffer of pulmonary tuberculosis and their family members concerning the adherence of the treatment and associated

- factors in Rio Grande, Rio Grande do Sul State *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011(1):1427-35.
24. Munayco. Tuberculosis y Migración Interna en un área endémica del sur del Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* 2009;26 (3):324-27
 25. Becerra MC. Expanding tuberculosis case detection by screening household contacts. *Public Health Rep.* 2005;120(3):271-7.
 26. Dra Nohemy Ramírez. Curso de medicina Familiar 1. Residentado medico UNMSM. 2010.
 27. Louro Bernal, Isabel. Manual de salud familiar. L a Habana Cuba. 2000.
 28. Dr. Carlos González Salamea. Consejería Familiar. 2001
 29. Dr. Yuri Alegre Palomino. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *RAMPA*, 2006. 1(1):48 – 57.
 30. Lönnroth K. Drivers of tuberculosis epidemics: The role of risk factors and social determinants. *Social Science & Medicine*. 2009; 68:2240–6.
 31. Colegio Médico del Perú. Lineamientos generales de un programa para la prevención y control de la tuberculosis en Lima. Comité Para el control de la tuberculosis en Lima. 2011.
 32. Análisis situacional de Salud dirección general de

epidemiología. MINSA-PERU. -2010.

33. Del Castillo H. Epidemia de tuberculosis multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas (TB MDR/XDR) en el Perú: situación y propuestas para su control. Rev Peru Med Exp. Salud Pública. 2009; 26:380-6.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:.....
FECHA:.....

Complete los datos o marque con un aspa según corresponda.

- ✓ Estudiante ()
 ✓ Trabajo estable () Especifique cual.....
 ✓ Trabajo eventual () Especifique cual.....
 ✓ Otros ()

- ✓ NBI: cero ()
- ✓ NBI: una o más ()

- ✓ N° de personas que viven en hogar.....
- ✓ N° de habitaciones en la vivienda.....

- ☒ Tipo de diagnóstico de Tuberculosis.....
- ☒ BK de inicio (1 muestra) positivo ()
negativo ()
- ☒ Forma de diagnóstico de Tuberculosis:
BK N° de muestra.....

Radiológico.....
 Bioquímico.....
 Anatomopatológico.....
 Clínico.....
 Otros.....

- 68

- ✓ Antecedentes de tuberculosis previa: si () no ()
 Indique fecha:.....
 Indique diagnóstico:.....
 Culminó tratamiento si () no ()
 Fue regular en el tratamiento si () no ()
- ✓ Contactos epidemiológicos si () no ()
 Especificar quién:
- ✓ Otras enfermedades/ hábitos nocivos del paciente:
 (Especifique).....

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR

FAMILIOGRAMA

Establecimiento de Salud

Fecha

Grafique la estructura familiar entrevistando al paciente (o familiar responsable si es menor de edad).



A continuación marque con un aspa la respuesta que corresponde:

1. Tamaño de la Familia

- | | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------|
| a) Pequeña (de 2 a 3 miembros) | N° de miembros | <input type="checkbox"/> |
| b) Mediana (de 4 a 6 miembros) | N° de miembros | <input type="checkbox"/> |
| c) Grande (de 7 y más miembros) | N° de miembros | <input type="checkbox"/> |

2. Tipo de Familia

- | | |
|-----------------------|-------|
| a) Familia nuclear | ..... |
| b) Familia extensa | ..... |
| c) Familia ampliada | ..... |
| d) Otro (especifique) | ..... |

3.- Ciclo Vital de la familia

- | | |
|----------------|-------|
| a) Formación | ..... |
| b) Extensión | ..... |
| c) Contracción | ..... |
| d) Dispersión | ..... |

4.- Información demográfica de los miembros de la familia

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| a) Edad del padre | años |
| b) Edad de la madre | años |
| c) Edad del cónyuge | años |
| d) Edad del hijo mayor | meses o años |
| e) Padre es natural de | ..... |
| f) Madre es natural de | ..... |
| g) Grado de Instrucción de la madre | ..... |
| h) Ocupación padre | ..... |
| i) Ocupación madre | ..... |

5.- Información de salud de los miembros de la familia

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| a) Enfermedad actual del padre | ..... |
| b) Enfermedad actual de la madre | ..... |
| c) Enfermedad actual del cónyuge | ..... |
| d) Enfermedad actual de los hijos | ..... |

- e) Si un familiar ha tenido tuberculosis señale con un aspa lo que corresponda, y señale hace cuánto tiempo de ocurrencia de la enfermedad:
- | | | |
|-------------|-----|-----------------------------------|
| ✓ Madre | ( ) | ..... |
| ✓ Padre | ( ) | ..... |
| ✓ Cónyuge | ( ) | ..... |
| ✓ Hijo | ( ) | ..... |
| ✓ Hermano/a | () | Especifique si es más de uno..... |
| ✓ Otro | () | Indique que tipo de familiar..... |

6.- Señalamiento de las relaciones familiares:

- a) Relación fusionada ()
- b) Relación conflictiva ()
- c) Relación distante ()
- d) Ruptura de relación ()
- e) Relación violenta ()

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA FUNCIÓN FAMILIAR

APGAR FAMILIAR

Establecimiento de Salud:

Fecha:

A continuación realice estas preguntas al paciente (si es menor de edad al familiar que haya firmado el consentimiento), marque con un aspa donde corresponda y luego totalice el puntaje alcanzado. Finalmente coloque el diagnóstico que corresponda.

Función/ Puntaje	Nunca (0)	Casi Nunca (1)	Algunas Veces (2)	Casi Siempre (3)	Siempre (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero					

Puntaje alcanzado:.....

FORMA DE EVALUACIÓN: Señale con un aspa el Diagnóstico de la Función Familiar del paciente:

Buena función familiar	(18 a 20 puntos)	()
Disfunción familiar leve	(14 a 17 puntos)	()
Disfunción familiar moderada	(10 a 13 puntos)	()
Disfunción familiar severa	(9 o menos)	()

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LAS AUTORIDADES
CORRESPONDIENTES**

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR O JEFE DEL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE REALIZARA EL
ESTUDIO**

Yo,....., Director de la Dirección de Salud IV Lima Este declaro conocer el proyecto de Investigación “.....” presentado por el Dr. (Drs.)..... y autorizamos la ejecución de las actividades programadas en el proyecto en el Hospital (C.S. o P.S.) desde el hasta el del 20.. , con el compromiso del Investigador principal de enviar el informe final en un plazo no mayor de 60 días después de terminado el estudio.

Asimismo, nos comprometemos a apoyar y supervisar su realización dentro de las normas vigentes en nuestra Institución, dentro de la ley y de las normas nacionales e internacionales para la realización de proyectos de investigación.

.....

Firma y Sello

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PACIENTES
OBJETO DE ESTUDIO

TITULO DEL ENSAYO CLÍNICO

“Estudio de la Estructura y Función Familiar de pacientes del Programa de Tuberculosis en el Primer Nivel de Atención de Salud” Distrito de Lurigancho. Lima – Perú. Enero a Junio 2012.

1. INTRODUCCIÓN

Sr. (a) se le invita cordialmente a participar en este estudio que es autorizado por la DISA IV Lima ESTE, y por la MICRORED CHOSICA I, con conocimiento del Jefe del Centro/Puesto de Salud, siendo la investigadora principal la Dra. María Luisa Jáuregui Maldonado con número de teléfono 995156735, Residente de la Especialidad de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. A continuación se le relatará los objetivos y los beneficios de este estudio, y posteriormente si está de acuerdo en participar rellene el formulario respectivo.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La tuberculosis como enfermedad infectocontagiosa es considerada en nuestro país, como una enfermedad de gran importancia en la salud pública, sobretodo porque es una enfermedad que ha sido estudiada por muchos años, se han empleado diversas estrategias sanitarias y aún los resultados continúan siendo alarmantes, por su notorio incremento y la presentación de formas resistentes de enfermedad.

Hasta este momento el enfoque utilizado para abordar esta enfermedad ha sido un enfoque biomédico e individual, con resultados insatisfactorios, aún cuando se conoce que la presencia de una persona enferma, involucra a toda la familia, y la expone a riesgo social y económico.

El investigar la estructura y función familiar de los pacientes con tuberculosis, que es el objetivo general del presente estudio, nos permitirá identificar aspectos familiares que estén influyendo en el proceso salud enfermedad de sus miembros, y finalmente si se podría establecer medidas preventivas y promocionales en el individuo enfermo y en toda su sistema familiar para disminuir el riesgo de enfermar por tuberculosis.

3. PROCEDIMIENTOS Y SU PROPÓSITO

- a) Se recogerá información de su Historia Clínica a través de una ficha de investigación, para evaluar datos generales y clínicos desde su ingreso al programa de control de tuberculosis.

- b) Se hará una entrevista, para realizar dos test cualitativos llamados FAMILIOGRAMA y APGAR FAMILIAR, a través del cual se identificará la estructura y funcionalidad de la familia de cada paciente.
- c) La participación en este estudio es voluntaria. Si usted por motivos personales o religiosos no desea participar en este estudio no está obligado a hacerlo.

4. INCOMODIDADES Y RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO

- a) La respuesta a la entrevista requerirá un tiempo aproximado de treinta minutos.
- b) Los datos que sean registrados en la ficha de datos, así como los test productos de la entrevista, serán manejados en absoluta confidencialidad.

5. BENEFICIOS DERIVADOS DEL ESTUDIO

- a) Los beneficios personales de este estudio es que los pacientes del programa de control de tuberculosis y sus familias, podrán recibir medidas preventivas y promocionales, para disminuir su riesgo de volver a enfermar de esta enfermedad.
- b) El personal de cada Establecimiento de Salud donde se realiza el estudio conocerán la importancia de estudiar la estructura y función familiar de los pacientes con tuberculosis, para hacer más efectivo y eficiente su trabajo sanitario.

6. COSTOS Y PAGOS HA REALIZARSE EN EL ESTUDIO

El presente estudio no implicará ningún costo o pago por parte de los pacientes del programa de control de tuberculosis, ni sus familiares.

7. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Se protegerá la confidencialidad de los resultados de los cuestionarios y serán almacenados en una computadora a la que sólo tendrá acceso la investigadora.

8. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRO DEL ESTUDIO

La participación en el presente estudio es estrictamente voluntaria. En caso no desee participar, esto no significará una sanción o la pérdida de sus beneficios como paciente del programa PCT.

10. CONTACTOS PARA RESPONDER CUALQUIER DUDA O PREGUNTA

Investigadora: Dra. María Luisa Jáuregui Maldonado.

Teléfono: 4972611

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SI EL
PACIENTE ES MAYOR DE EDAD**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Estudio de la Estructura y Función Familiar de pacientes del
Programa de Tuberculosis en el Primer Nivel de Atención de
Salud” Distrito de Lurigancho. Lima – Perú. Enero a Junio 2012

Yo.....
.....identificado con N°
DNI:.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio. He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado con la Dra. María Luisa Jáuregui Maldonado, investigadora del presente estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio

Fecha y hora.....

Firma del participante.....

En el caso de una persona analfabeta, puede poner su huella digital en el consentimiento informado.

Firma del Familiar responsable o testigo (según el caso).....

Le he explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que él comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha y hora (la misma fecha cuando firma el participante).....

Firma del Investigador/a.....

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SI EL
PACIENTE ES MENOR DE EDAD**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Estudio de la Estructura y Función Familiar de pacientes del
Programa de Tuberculosis en el Primer Nivel de Atención de
Salud” Distrito de Lurigancho. Lima – Perú. Enero a Junio 2012

Yo.....
.....identificado con N°
DNI:.....

Familiar responsable del
menor.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio. He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado con la Dra. María Luisa Jáuregui Maldonado, investigadora del presente estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

4. Cuando quiera
5. Sin tener que dar explicaciones
6. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para que mi familiar y yo participemos en el presente estudio.

Fecha y hora.....

Firma del participante.....

En el caso de una persona analfabeta, puede poner su huella digital en el consentimiento informado.

Firma del Familiar responsable o testigo (según el caso).....Le he explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que él comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha y hora (la misma fecha cuando firma el participante).....

Firma del Investigador/a.....

INDICACIONES Y RESPONSABILIDADES PARA EL INVESTIGADOR

AL MOMENTO DE OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- La Obtención del consentimiento informado para la participación de sujetos humanos en investigación biomédica es el aspecto más importante y crítico a la vez, en el reclutamiento de voluntarios, y se debe tener presente que constituye un proceso interactivo y dinámico que no termina con la firma del consentimiento informado si no que se prolonga durante todo el estudio.
- Al elaborar el consentimiento informado, el investigador debe usar un lenguaje claro y sencillo, de preferencia con expresiones idiomáticas comúnmente usada en nuestro país para mencionar enfermedades o situaciones especiales, que aclaren o faciliten el entendimiento del estudio.
- Obtener el consentimiento informado del candidato voluntario que participará en la investigación o, en caso de que la persona carezca de capacidad de dar su consentimiento informado, el consentimiento podrá obtenerse por poder de un representante debidamente autorizado.
- Proporcionar al candidato voluntario, toda la información relevante respecto al estudio que se va a realizar para dar un consentimiento debidamente informado.
- Ofrecer al candidato voluntario, amplias oportunidades de hacer preguntas con respecto a sus dudas y temores, y estar dispuesto a contestarlas.
- Asegurarse que el posible voluntario comprenda esta información. Los investigadores pueden solicitar a los participantes que discutan la información que han recibido, se pueden hacer las siguientes preguntas: ¿Me puede decir cuál es el propósito de nuestro estudio? ¿Cuáles son los riesgos del estudio?
- Darle el tiempo suficiente para discutir su participación si él lo desea, con familiares o médico de cabecera y poder tomar su propia decisión.
- Excluir toda posibilidad de persuasión encubierta injustificada, influencia indebida o intimidación.
- El presunto voluntario o su representante autorizado debe firmar el documento que acredite su consentimiento y debe entregársele una copia del mismo.
- Renovar el consentimiento informado de cada participante si las condiciones o procedimientos de la investigación sufren modificaciones importantes.

- Para el proceso de consentimiento informado se debe tener en cuenta las diferencias significativas que existen cuando el diseño del estudio incluye individuos de alto riesgo. Asimismo, se debe tener especial atención para cubrir las necesidades de poblaciones vulnerables como los niños, los enfermos en estado crítico, los mentalmente incapaces o las comunidades nativas, revisar las pautas éticas de CIOMS para investigación biomédica.